



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

A DOR DO CUIDADOR DO DOENTE CRÔNICO DE CÂNCER

LETÍCIA MARIANO VELOZO

BRASÍLIA
JUNHO/2005

LETÍCIA MARIANO VELOZO

A DOR DO CUIDADOR DO DOENTE CRÔNICO DE CÂNCER

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEUB – Centro
Universitário de Brasília
Professor orientador Dr. Fernando
González Rey

Brasília/DF, Junho de 2005

*À minha atual, e futura, família por me
acompanhar e incentivar a chegar cada dia
mais perto de ser quem eu sempre sonhei.*

*Agradeço aos meus principais mestres
Fernando González Rey e Cláudia Mendes
Feres por me inspirarem, cada um em sua
peculiaridade, em cada momento desta obra e
da minha maneira de entender a psicologia.*

Sumário

Resumo	5
Introdução	Erro! Indicador não definido.
Capítulo 1	10
Saúde e qualidade de vida	10
A cultura, antropologia e sua interação com a pessoa doente e quem o cerca	11
A subjetividade social e seu interacionismo com a subjetividade individual no contexto hospitalar	Erro! Indicador não definido.
Impactos do adoecimento no sujeito	21
Capítulo 2	27
A pesquisa qualitativa e seu enfoque na subjetividade social e individual	27
A abordagem qualitativa na pesquisa em saúde: saúde e doença fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente	29
O cenário da pesquisa, descrição de instrumentos utilizados e atitudes envolvidas	31
A informação e sua construção a partir do relato de uma cuidadora.....	33
Capítulo 3	36
A informação construída	36
A categoria do sentido de impacto subjetivo do câncer	36
Considerações Finais	47
Anexos.....	49
Anexo I	49
Anexo II.....	50
Entrevista aberta	50
Quando você fala que te fez crescer, você vê o crescimento em que, como?	54
Bibliografia.....	56

Resumo

Por meio de uma investigação sobre a saúde e qualidade de vida através da cultura, antropologia e sua interação com a pessoa doente, desejou e alcançar o sentido de quem o cerca e os impactos na subjetividade social, seu interacionismo com a subjetividade individual no contexto hospitalar. Impactos, esses advindos do adoecimento no sujeito. As informações foram reflexões de uma pesquisa qualitativa com enfoque nesse contexto pela abordagem de pesquisa em saúde e doença como fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente. O cenário da pesquisa foi influenciado pelas atividades desenvolvidas na Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) que é uma organização não governamental com a finalidade de oferecer apoio psicossocial aos pacientes no Hospital de Base do Distrito Federal, em Brasília (HBDF) que forem atendidos no corredor cinco do ambulatório, pelas especialidades médicas de mastologia e ginecologia oncológica, e também a todos que vierem a se internar no quinto andar do HBDF. A informação e sua construção se deram a partir do relato de uma cuidadora que permitiu avaliar sua categoria de sentido de impacto subjetivo do câncer, nas configurações de sua personalidade.

A Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) é uma organização não governamental que tem a finalidade de oferecer apoio psicossocial aos pacientes atendidos no Hospital de Base do Distrito Federal em Brasília (HBDF) que forem atendidos no corredor cinco do ambulatório pelas especialidades médicas de mastologia e ginecologia oncológica, e também a todos aqueles internados no quinto andar do HBDF.

Conta com estagiários em psicologia de diversos períodos acadêmicos e com pessoas voluntárias que doam desde seu tempo, a alimentos, serviços assistenciais, como execução de lanches para acompanhantes que, por terem uma condição econômica desfavorável não tem como prover sua alimentação durante sua estada com o doente, no HBDF.

Tornou-se evidente que as ações dentro de um hospital são, principalmente, dirigidas à doença, um pouco ao doente e raramente ao acompanhante assim verificou-se que algumas vezes o acompanhante, o cuidador do doente, se encontrava enfraquecido, triste, e muitas vezes, menos convencido do sucesso do tratamento que era realizado naquele hospital, se comparado com quem estava em tratamento, na condição de doente.

Então se abriu uma lacuna em como auxiliar aquele que cuida de um doente crônico de câncer assim a pesquisadora, então estagiária, começou a seguir o curso das idéias e a organizar sua prática com o propósito de produção de conhecimento processual para então a prática se transformá-la em pesquisa científica.

O processo de desenvolvimento das teorias é mediado por processos locais de construção teórica, que tem lugar no estudo dos sujeitos concretos da pesquisa, sejam estes individuais, coletivos ou ambos (González Rey, 2003).

Com a necessidade de compreender a realidade do cuidador, neste contexto, buscou-se identificar os principais fatores que permeavam a dor do cuidador. A pesquisa para tal compreensão se pautou na afirmação que consta na página da Internet do INCA (Instituto Nacional de Câncer) ¹ que explicita um direito do paciente portador de uma dor crônica, câncer, por exemplo, como também seu acompanhante, em grande maioria um familiar, teriam assegurado uma assistência para a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Qualidade de vida relacionada com a saúde e estado subjetivo de saúde centrados na avaliação subjetiva do paciente e seu acompanhante e, necessariamente, ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente ².

A oncologia foi a especialidade que, com freqüência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida

¹ http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83

² <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>

aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos" (*id, ibidem*).

Ao considerar a subjetividade concebida por González Rey (2002) como um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos advindos das vivências culturais humanas, se define de forma ontológica e diferente dos elementos sociais e biológicos. A subjetividade individual é determinada socialmente, não de modo linear ao partir do social ao subjetivo, mas sim em processo de constituição que integra, simultaneamente, as subjetividades social e individual. Assim as subjetividades social e individual constituem dois níveis que se integram na definição qualitativa do sujeito.

(...) a subjetividade se constitui, não se interioriza; o que quer dizer que é resultante de um complexo e contraditório processo de integração entre a história do sujeito, a subjetivação dessa história na personalidade e os momentos atuais de sua vida, os quais, embora sejam subjetivados em termos congruentes com sua constituição subjetiva atual, não são por eles anulados em sua potencialidade de mudança no desenvolvimento da personalidade. Muitas das experiências constituídas por seu sentido subjetivo aparecem distorcidas nas representações do sujeito ou, então não aparecem (González Rey, 2002, p. 90).

Assim as representações estão mediadas por uma multiplicidade de fatores associados à condição social do sujeito, uma construção organizada sobre a base de sentidos subjetivos muito diversos. Entre os quais, o sentido subjetivo, definido pela experiência histórica do sujeito em relação ao objeto concreto da representação é só um dos elementos que constituem o sentido subjetivo da representação.

Os níveis da subjetividade mais ocultos, estáveis e resistentes à mudança serão os aspectos investigados para compreender e facilitar a melhor qualidade de vida ao acompanhante do doente com câncer.

Quando o sujeito pesquisado entra em contato com a pesquisa, encontra-se em uma situação nova e geradora de múltiplos estados emocionais, por isso se requer primeiro estabelecer uma relação que lhe permita sentir-se bem e motivar-se com o trabalho que tem adiante.

Por isso na metodologia de pesquisa qualitativa se utilizou entrevista semi-estruturada e observação participante com a intenção de verificar atitudes, valores e opiniões, ou seja, pontos relevantes da maneira dialógica e dialética que se constitui a vivência desse acompanhante e cuidador. Além de compreender como tais vivências envolvem suas concepções de subjetividade

social e individual que são organizados com um sentido, singular, subjetivo, próprio daquele indivíduo.

A entrevista tem a comunicação como um processo histórico que facilita a expressão dos temas mais suscetíveis de adquirir sentido nos termos e condições em que tem lugar na subjetividade do sujeito.

Toda a pesquisa, desde seu início, percebe como relevante o empenho e adesão livre do pesquisado, pois como afirma González Rey (2002):

“A constituição das formas de subjetividade social nos grupos e dinâmicas interativas, que são parte da pesquisa, representa um processo lento, que passa pelo silêncio e pela resistência dos participantes. Isso cria com frequência ansiedade no pesquisador pouco treinado no trabalho com grupos e determina que a pressão daquele faça abortar a constituição subjetiva do grupo, a qual é um objetivo essencial em muitos tipos de pesquisa qualitativa, já que o caráter espontâneo da participação dos membros e o compromisso de cada membro, tanto com as necessidades do grupo quanto com suas necessidades pessoais, convertem o grupo em fontes privilegiadas de informação” (p.85).

O trabalho de campo pressupõe a participação ativa do pesquisador não só diante das decisões de caráter metodológico que deve adotar diante das necessidades que aparecem na pesquisa, mas no desenvolvimento das idéias que conduzem ao corpo teórico no qual vão adquirir sentido as diversas experiências do momento empírico.

O trabalho de campo volta-se à construção de sistemas de relações capazes de produzir informação em suas próprias dinâmicas, é um processo abrangente, em que a informação nova, imprevista no momento de definição do problema, recebe significado.

O pesquisador está exposto permanentemente a defrontar com o novo se vê obrigado a desenvolver conceitos e explicações que dêem sentido às novas experiências para incluí-las no processo de construção do conhecimento.

No modelo qualitativo intuitivo a qualidade da informação expressa pelo sujeito, em forma de categorias que podem ter como indicadores a “perda”, “religião” e “amor”, ainda de modo restrito, permitem ultrapassar o conteúdo explícito e intencional expresso pelo sujeito estudado.

O desenvolvimento dos indicadores conduz necessariamente ao desenvolvimento de conceitos e categorias novas do curso de uma pesquisa. Tais categorias representam um momento na construção teórica de um fenômeno, e por meio delas entra-se em zonas do

sujeito estudado, que conduzirão às anteriores ou as negarão, mas que não se teria podido construir sem aquelas, anteriores.

O pesquisado pode se envolver mais com a produção de idéias e explicação a partir dos indicadores construídos no curso da pesquisa, o instrumento converte-se em fonte de informação sobre o estudado, informação que só adquirirá sentido dentro do conjunto das informações produzidas pelo sujeito estudado.

Uma ciência comprometida axiologicamente, participativa e geradora, que reivindica sua própria condição subjetiva como processo humano opõe-se a muitos sistemas teóricos do pensamento psicológico desenvolvidos sobre a base do conceito tradicional da pesquisa científica, mas por intermédio da prática terapêutica, como a psicanálise e o humanismo. As idéias desenvolvidas na psicoterapia, o diagnóstico ou outras formas de prática profissional se legitimam por sua significação no momento da produção do conhecimento, para o qual não necessitam de fundamentação estatística nem precisam ser resultado de um experimento ou de uma técnica validada e padronizada (González Rey, 2002).

A legitimidade da pesquisa qualitativa ao se levantar categorias de sentido utiliza categorias para organizar, conceitualmente, processos do assunto estudado que estão além da possibilidade imediata do pesquisador. Sua constatação define um núcleo de geração teórica com necessidades próprias, relativamente, independentes do nível empírico, e facilita que muitas idéias que surgem durante a atividade profissional do pesquisador sejam relevantes no curso do processo teórico, fato que determina novas zonas de sentido no momento empírico.

Assim para essa análise considera-se todas as impressões da pesquisadora, pois a pesquisa qualitativa, a partir da definição de epistemológica de González Rey (2002) considera como elemento que adquire significação para o problema estudado, o qual pode proceder dos instrumentos utilizados ou das situações imprevistas que surgem no curso da pesquisa.

O dado não se legitima de forma unilateral pelo que representa na relação com o objeto estudado, mas por sua capacidade de diálogo com o pesquisador que se articula ao longo da pesquisa e integrem a sistemas diferentes de relação com outros dados, nos quais adquirirá múltiplas significações.

A construção intelectual sobre um problema é um processo constante, contraditório e variável, sobretudo nos problemas complexos constituídos por configurações plurideterminadas.

A lógica configuracional é um processo que não tem só caráter lógico, como a indução e a dedução, que são formas lógicas de seguir as várias realidades de natureza empírica e proposição conceitual.

Problema:

O acompanhante de doente crônico, hospitalizado, acometido por câncer em sua relação com o adoecimento, e o seu enfrentamento da vida versus a morte. Dentro dos níveis mais ocultos, estáveis e resistentes à mudança e os impactos na qualidade de vida do cuidador deste doente com câncer.

Objetivos:

Assim ambiciona-se ampliar e aprofundar a comunicação ao deixar emergir atitudes, valores e opiniões, da maneira dialógica e dialética que se constitui a vivência desse acompanhante e cuidador. Deseja-se também observar e compreender como tais vivências envolvem suas concepções de subjetividade social e individual que são organizados com um sentido, singular, subjetivo, próprio daquele indivíduo. Cabe, ainda, investigar para compreender e facilitar o melhor acolhimento do modo como as pessoas reagem à doença, à morte por meio do tipo de cultura na qual cresceram ou que adquiriram.

Capítulo 1

Saúde e qualidade de vida

“Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidados Paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. A medicina paliativa irá atuar no controle da dor e promover alívio nos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver”.³

Essa afirmação que consta na página da Internet do INCA (Instituto Nacional de Câncer) traz a público um direito do paciente portador de uma dor crônica, câncer, por exemplo, como também seu acompanhante, em grande maioria um familiar, teriam assegurado uma assistência para a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Por meio do projeto desenvolvido para a OMS no Brasil pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida com Coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, em 17/9/1998 pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul, qualidade de vida está relacionada com a saúde e estado subjetivo de saúde centrados na avaliação subjetiva do paciente e seu acompanhante e, necessariamente, ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Bullinger (1993) citado no projeto, consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas⁴.

O estudo ainda relata, ao citar Bech (1995) e Katscnig (1997), que a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas). A oncologia foi a especialidade que, com frequência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos".

Um mundo em que um número cada vez maior de pessoas sofre doenças crônicas físicas e mentais, isso exige uma mudança significativa no paradigma médico, afirma Helman (2003),

³ http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83

⁴ <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>

afastando-se dos tratamentos agudos e mais dramáticos em direção a um gerenciamento em longo prazo, mais holístico, da cura para o cuidado.

Segundo informações disponíveis na página da Internet da UFRGS (Universidade federal do Rio Grande do Sul) não existe consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, mas três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através da pesquisa em diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (como mobilidade) e negativas (como dor).

O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (*id, ibidem*).

O reconhecimento da multidimensionalidade do assunto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade, religião, crenças pessoais (*id, ibidem*).

Assim torna-se necessário compreender a antropologia social e cultural na medida que proporcionam perspectivas complementares e valiosas sobre como os grupos humanos organizam-se e como vêem o mundo que habitam para então compreender o acompanhante em sua relação com a doença de alguém hospitalizado e o seu enfrentamento da vida versus a morte.

A cultura, antropologia e sua interação com a pessoa doente e quem o cerca

Organização dos seres humanos revela-se em suas ideologias e religiões dominantes, em seus sistemas políticos e econômicos, nos tipos de laços que o parentesco e residência lado a lado cria entre pessoas, assim como na divisão de trabalho entre pessoas de diferentes origens e gêneros. As regras que sustentam a organização de uma sociedade e o modo como ela é simbolizada e transmitida fazem parte da cultura dessa sociedade (Helman, 2003).

Taylor (1971) *apud* Helman (2003) conceitua cultura como todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costumes e todas as outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.

Cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural (p.12).

Crescer em determinada sociedade é uma forma de enculturação pela qual o indivíduo, aos poucos, adquire a sua maneira própria de ver o mundo, sua “lente”, sua subjetividade, sem essa percepção de mundo, tanto a coesão como a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível.

Edward T. Hall (1984) *apud* Helman (2003) propôs a existência de três níveis de cultura em cada grupo.

No nível terciário a cultura é apresentada ao mundo em geral, é abaixo dele se situam pressuposições implícitas, as crenças e as regras que constituem a gramática cultural do grupo nos níveis secundário e terciário. Nestes últimos níveis as regras e as pressuposições subjacentes são conhecidas pelos membros do grupo, mas raramente compartilhada com estranhos.

Os níveis primário e secundário são os mais ocultos, estáveis e resistentes à mudança e, principalmente, esses devem ser o aspecto investigado para compreender e facilitar a melhor qualidade de vida ao acompanhante do doente com câncer.

Um aspecto da maneira de perceber o mundo através de qualquer cultura é a divisão do mundo e das pessoas em categorias diversas: loucos ou maus, saudáveis ou doentes, possuem formas elaboradas de movimentar o indivíduo de uma categoria para outra (indivíduo doente para saudável) e de confinar pessoas, algumas contra sua vontade, nas categorias em que foram enquadradas (como louco, deficiente ou velho) de maneira que pode se estabelecer um estigma.

Goffman em seu livro *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicação original do ano 1963 edição de 1998, informa a origem grega da palavra estigma como sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinária ou má sobre o status moral de quem os apresentava como uma pessoa marcada que deveria ser evitada, especialmente, em lugares públicos.

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias.

Um dos tipos de estigma que Goffman (1998) se refere são as abominações do corpo, as várias deformidades físicas e se encontram características sociológicas, pois um indivíduo poderia facilmente ser recebido em uma relação social cotidiana, mas possui um traço que pode se impor à atenção e pode afastar aqueles que se encontram com ele destruindo a possibilidade de atenção para seus outros atributos.

Isso se pode demonstrar quando se isola o doente e aquele que se faz seu companheiro, como um familiar, ao ser único a acompanhar o doente em consultas e internações sem que qualquer outra pessoa se importe de ir visitar ou mesmo telefonar. Outros podem inferir uma série de imperfeições a partir da “imperfeição” original e ao mesmo tempo a imputar ao

interessado alguns atributos desejáveis, mas não desejados, freqüentemente, de aspectos sobrenaturais, tais como “sexto sentido” ou “percepção” (Goffman, 1998).

A pessoa doente é submetida a uma manipulação do acompanhante e assim aquele que está nesta condição passa a ser assujeitado, pois esse acompanhante pode não dar o respeito e a consideração a esse indivíduo. Os aspectos não contaminados de sua subjetivação social os haviam levado a ele prever que receberia um tratamento em condição de igualdade ao dito normal, ao contrário pode existir uma confirmação e aceitação dessa condição por parte de quem está doente ao perceber que as pessoas e o ambiente a sua volta o tratam como incapacitado, estigmatizado.

O estigmatizado pode também ver as privações que sofreu como uma benção secreta, especialmente devido á crença de que o sofrimento pode ensinar a uma pessoa sobre a vida e sobre as outras pessoas (Goffman, 1998). E por isso conceber o câncer e sua remissão como uma prova divina de sua fé e merecimento.

De maneira semelhante, o sofrimento de paciente e acompanhante de doença crônica pode reafirmar as limitações dos não acometidos de doença crônica quando o acompanhante fez tudo o que estava ao seu alcance, mas mesmo assim o sofrimento do doente permanece, o que pode levar a um sofrimento e adoecimento maior por parte de doente e acompanhante. Goffman (1998) aborda na ausência do feedback saudável do intercâmbio social cotidiano com os outros, a pessoa que se isola possivelmente torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa.

Muitos grupos sofrerão algum grau de aculturação com o passar do tempo, incorporando alguns dos atributos culturais da sociedade maior. Os estudantes de medicina e de enfermagem sofrem uma forma de enculturação ao adquirir, gradualmente, a “cultura” da carreira escolhida. Uma perspectiva de vida bastante diferente daquela dos leigos na profissão (Helman, 2003).

Tais profissionais podem ter a formação cultural influenciada em muitos aspectos de suas vidas, inclusive percepção, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar e atitudes frente à doença e à dor (*id, ibidem*).

- Fatores individuais: idade, gênero, tamanho, aparência, personalidade, inteligência, experiência, estado físico e emocional.

- Fatores educacionais: formais e informais, inclusive a educação em uma sub-cultura religiosa, ética ou profissional.

- Fatores socioeconômicos: classe social, status econômico, ocupação ou desemprego e existência de redes de apoio social sustentadas por outras pessoas.

- Fatores ambientais: clima, densidade populacional, ou poluição do habitat, tipos de infraestrutura disponíveis, como moradia, estradas, pontes, transportes públicos e serviços de saúde.

As culturas nunca são homogêneas, nunca são estáticas, e geralmente são influenciadas por outros grupos humanos à sua volta e, na maior parte dos lugares, estão em constantes processos de adaptação e de mudança. Papel da cultura deve ser considerado dentro de seu contexto particular (*id, ibidem*).

Foster e Anderson (1978), *apud* Helman (2003) fornecem uma definição de antropologia médica como uma disciplina biocultural, preocupada tanto com os aspectos socioculturais do comportamento humano e, especialmente, com os modos pelos quais eles interagem no decorrer da história humana de modo a influenciar a saúde e a doença.

As crenças sobre a origem de infortúnios (acidentes, conflitos interpessoais, desastres naturais, quebras da lavoura, roubo e perda) permeiam os problemas de saúde das muitas, civilizações assim é preciso entender como as pessoas reagem à doença, à morte por meio do tipo de cultura na qual cresceram ou que adquiriram, e entender um pouco da lente através da qual elas enxergam e interpretam o mundo (*id, ibidem*).

Goffman (1998) foca a importância da observação e pesquisa de pessoas estigmatizadas, como podem ser vistas pessoas com doenças crônicas como o câncer, em relação a como vivem em coletividade, em seus grupos sociais. González Rey (2003) vai além e compreende que é a maneira complexa e dialética que se relacionam indivíduo e a subjetividade social.

As pessoas que tem um estigma particular, tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do que se é e sua representatividade com uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais. Incorpora o ponto de vista dominante, adquire portando, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular (Goffman, 1998).

Uma família pode ainda cercar o indivíduo de cuidado para evitar o contato com situações aversivas e criam uma cápsula protetora para uma pessoa tida como estigmatizada, conforme Goffman (1998) abordam em seu livro.

Existe um outro modelo de pessoa estigmatizada para Goffman (1998) e faz menção a pessoas socializadas numa comunidade diferente, dentro ou fora das fronteiras geográficas, de sua situação atual e por isso, desenvolvem uma segunda maneira de ser, pois só assim as pessoas a perceberão com atos reais e válidos. Situação esta que pode acontecer com o médico, para se sentir parte integrante do corpo médico de um hospital, ao passar por uma enculturação e reformular suas concepções e reações ante ao mundo.

subjetividade social e seu interacionismo com a subjetividade individual no contexto hospitalar

A hospitalização para Goffman (1998) pode desencadear uma crise baseada na experiência do isolamento e da falta de habilitação, fase esta para qual a pessoa hospitalizada poderá aprender mais sobre si, adaptar-se à sua situação e alcançar uma nova compreensão daquilo que é importante e merece ser buscado na vida, compreensão aprisionadora da pessoa estigmatizada.

O estigmatizado e o tido como normal, são partes um do outro, afirma Goffman (1998) o que se pode inferir pelo ponto de vista que o sentido subjetivo da pessoa estigmatizada pode ser constituído e construído por meio de uma interação dialética com seus pares e também com a subjetividade social como um todo *apud* González Rey em seu livro sujeito e subjetividade do ano de 2003.

Nesse livro González Rey (2003) enfatiza a concepção da subjetividade no social e não no indivíduo. A subjetividade produzida por um sistema complexo e de forma simultânea no nível social e individual e ambos os momentos com base histórico-social, de trajetória singular para cada pessoa e não universal. Assim a experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual.

(...) a constituição social do indivíduo é um processo diferenciado, em que as conseqüências para as instâncias sociais implicadas e para os indivíduos que as formam dependem dos diferentes modos que adquirem as relações entre o indivíduo e o social, dentro das quais ambos os momentos têm um caráter ativo, isto é cada momento se configura de formas muito diversas ante a ação do outro, processo que acompanha tanto o desenvolvimento social como o desenvolvimento individual (González Rey, 2003, p. 203).

As configurações são formas de organização da subjetividade individual e constituem um núcleo dinâmico de organização que se nutre de sentidos subjetivos diversificados originários de diferentes experiências sociais e individuais. Tais configurações subjetivas da organização social se dão por meio da articulação estreita entre o complexo sistema da configuração subjetiva dos diferentes espaços da vida social, dentro dos quais se articulam elementos de sentido procedentes dos mais diversos espaços sociais (González Rey, 2003).

Os processos de subjetivação social e individual se produzem de maneira simultânea e inter-relacionada, pois o sujeito individual e as instâncias sociais de sua vida se constituem reciprocamente: a subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos de uma

determinada subjetividade social que antecede a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de cenário social constituído no curso de sua própria história (González Rey, 2003).

Em uma correlação da abordagem de estigma trazida por Goffman (1998) e a concepção das diferenças individuais por González Rey (2003) pode se inferir uma correspondência entre as duas visões ao abordar diferenças individuais como, elementos de sentido na organização dos sistemas de relação social do desenvolvimento humano em que as formas de subjetivação das diferenças são, altamente, influenciadas pela constituição social dos protagonistas e da subjetividade dominante de maneira a explicitar a preferência por determinadas condutas de pessoas paralelas ao estigma.

Além dessa análise é necessário entender a organização social da saúde e da doença na sociedade (o sistema de assistência à saúde), que inclui os modos pelos quais as pessoas são reconhecidas como doentes, os modos como elas apresentam suas doenças a outras pessoas, os atributos daqueles a quem as doenças são apresentadas e as formas de manejá-los.

Isso inclui o processo de formação médica no qual os alunos passam por uma espécie de enculturação, na qual gradualmente, adquirem uma perspectiva particular dos problemas de saúde que irá perdurar ao longo de suas carreiras profissionais. Adquirem também um status social elevado, uma alta capacidade de geração de renda e o papel de curandeiro socialmente legitimado, o que traz consigo determinados direitos e obrigações (Helman, 2003).

Algumas das premissas básicas da perspectiva do médico são: racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica, ênfase em dado psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das doenças como entidades, reducionismo, ênfase no indivíduo paciente, não na família ou na comunidade (*id, ibidem*).

A medicina, para Helman (2003), está baseada na racionalidade científica, todos os pressupostos e as hipóteses devem ser passíveis de testagem e de verificação segundo condições objetivas, empíricas e controladas. Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só se tornam reais quando podem ser observados e medidos objetivamente segundo tais condições.

Na maioria das sociedades as pessoas sofrem desconforto físico ou emocional, decidir descansar ou tomar um remédio caseiro, pedir ajuda a um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote local, curandeiro ou uma pessoa “sábia” ou então, consultar um médico. Quanto maior e mais complexa a sociedade na qual uma pessoa vive, maior é a probabilidade de que essas opções terapêuticas estejam disponíveis, desde que o indivíduo possa pagar por elas. Os consultórios freqüentemente têm localização conveniente para os médicos e distante do local de residência dos pacientes (Helman, 2003).

Helman (2003) relata que a pessoa doente é separada de sua família, de seus amigos e de sua comunidade em um momento de crise pessoal no hospital, submete-se a um ritual padronizado de despersonalização ao contrário do que ocorre nos setores informal e popular.

O foco passa a ser sua a doença física, com poucas referências ao seu ambiente doméstico, sua religião, suas relações sociais ou seu status moral, ou mesmo o significado que o paciente dá ao abalo em sua saúde (*id, ibidem*).

Todos são destituídos de seus suportes de identidade social e individualidade e uniformizados em pijamas, camisolas ou roupões de banho. Há perda de controle sobre o próprio corpo e próprio espaço, privacidade, comportamento e dietas pessoais, assim como o seu próprio tempo. Os pacientes são afastados do constante apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados de profissionais que talvez nunca tenham visto antes.

Ao entender que subjetividade individual para González Rey (2003) está constituída em um sujeito ativo, cuja trajetória diferenciada é geradora de sentidos e significações dirigidas ao desenvolvimento de novas configurações subjetivas individuais, se convertem em elementos de sentidos contraditórios com um estado inicial dominante nos espaços em que o sujeito atua. Um sujeito ativo reconhece sua capacidade de construção consciente seus processos atuais de subjetivação por meio de produções de sentido que ao retirarem a maioria de seus caracterizações (roupa, família e comunidade) têm reduzidas as zonas nas quais poderá dar vazão aos seu sentidos subjetivos dessa forma interrompe a ação e torna a pessoa em doente, um ser assujeitado.

Os hospitais, afirma Goffman (1998) *apud* Helman (2003), já foram vistos por antropólogos como pequenas sociedades cada um deles com sua própria cultura, suas regras de comportamento explícitas e implícitas, sua própria tradição, seus próprios rituais, hierarquias e até mesmo sua própria linguagem. Os pacientes de uma mesma ala hospitalar formam uma comunidade temporária de sofrimento, unidos por consideração, fofocas sobre suas alas e conversas sobre os próprios estados de saúde. Essas comunidades não se assemelham e nem substituem as comunidades em que vivem, suas aflições não lhes dão direitos de tratar outras pessoas como sua comunidade, pelo menos não no interior do ambiente hospitalar.

Há maneiras diferentes de ver o hospital e os muitos papéis que ele desempenha em diferentes em países, culturas e comunidades. Por exemplo, o funcionamento como uma universidade em que é dedicado não somente ao treinamento de médicos e de enfermeiros, mas também à instrução moral dos pacientes, ensinado a eles, depois do ocorrido, como sua fraqueza de saúde foi o resultado lógico de um estilo de vida que pode permitir que o problema volte a

ocorrer o comprometimento da saúde. O hospital continua sendo uma instituição da biomedicina por excelência (Helman, 2003).

Dentro do modelo biomédico um aspecto que pode atribuir uma culpa a pessoa doente e hospitalizada por sua doença. O foco passa a ser sua a doença física, com poucas referências ao seu ambiente doméstico, sua religião, suas relações sociais ou seu status moral, ou mesmo o significado que o paciente dá ao abalo em sua saúde.

Eisenberg (1993) *apud* Helman (2003) ao constatar que modelos são formas de construir a realidade impor sentido ao caos do mundo fenomenológico, uma vez que tenham sido construídos, os modelos agem de maneira a produzir sua própria verificação, excluindo os fenômenos externos à estrutura de referência empregada pelo usuário.

Os sintomas subjetivos se tornam mais reais quando podem ser explicados por mudanças físicas objetivas. Os processo patológicos subjacentes são, identificados com exatidão por meio de exames. Um resultado desse processo é o uso crescente de definições numéricas para estados de saúde e doença, definida pela referência a determinados parâmetros físicos e bioquímicos (Helman, 2003).

Parte-se de que a tuberculose será sempre a mesma doença em qualquer cultura e sociedade que aparecer, essa perspectiva não inclui as dimensões sociais, culturais e psicológicas dos problemas de saúde nem o contexto que aparecem, que determinam o sentido da doença do paciente e para aqueles que o rodeiam. Isso significa que o dualismo básico persiste na medicina moderna de maneira reducionista (*id, ibidem*).

Contrapondo-se tanto a influências culturais da maneira que os tratamentos médicos e cirúrgicos podem ter um impacto profundo sobre a imagem corporal em operações de amputação, mastectomias, tratamentos como radioterapia e quimioterapia, que podem causar perda de cabelo e outras mudanças físicas. Algumas mulheres podem experimentar, depois de uma histerectomia, uma sensação de perda de sua identidade feminina (*id, ibidem*).

Pode-se conceber cada ser humano possuidor, simbolicamente, de dois corpos: um corpo individual (físico e psicológico) que é adquirido ao nascer e um corpo social, que é necessário para se viver em determinada sociedade e grupo cultural (*id, ibidem*).

Desse modo os indivíduos incorporam a cultura em que vivem, suas sensações, suas percepções, seus sentimentos e outras experiências corporais são culturalmente padronizados, portanto, o corpo é cultura, uma expressão de seus temas básicos. Uma compreensão completa de qualquer corpo humano nos dá uma compreensão mais completa da cultura nele materializada (*id, ibidem*).

A existência do corpo é sempre moldada e alterada por noções culturais de espaço. O crescimento recente da tecnologia médica também alterou a realidade espacial do corpo humano. Radiografias, tomografias e ressonâncias magnéticas tornaram o corpo humano “transparente” à ciência médica e aos próprios pacientes.

O corpo humano existe no tempo assim como no espaço, isso deve-se em parte aos conceitos culturais sobre o desenvolvimento e às mudanças do corpo à medida que navega do nascimento para a morte.

Hall (1984) *apud* Helman (2003) sobre seus conceitos de tempo no mundo ocidental onde o tempo pode ser:

- Monocrônico – o tempo visto como uma linha ou uma fita que se estende do passado ao futuro, dividido em segmentos como anos, meses e dias. É uma forma de organização social externa imposta às pessoas, sendo essencial para o funcionamento da sociedade industrial. O tempo pode ser convertido em dinheiro, assim como o dinheiro pode ser convertido em tempo, um domínio completo sobre o corpo e seus processos por parte dos relógios, dos calendários, das agendas e dos horários.

- Policrônico – as relações pessoais e as interações têm precedência sobre os horários rígidos do calendário e do relógio. As relações ou eventos convergem orientadas para as pessoas, relações humanas e família.

Nos ambientes de assistência à saúde, o uso excessivo de horários rígidos, tais como horário de visitas em hospitais ou sistemas de marcação de consultas, podem ser vistos por pessoas doentes como desumanos e impessoais. Essas pessoas e suas famílias podem encarar esse sistema como uma forma de evitar o contato humano, de não lidar com sua doença e com a realidade emocional da sua situação (Helman, 2003).

Além dos horários que cerceiam mais um aspecto da construção da subjetividade daquele que está hospitalizado, é para Helman (2003), a concepção do antropólogo Michel Oliver (1990) em que a desabilidade é em grande parte socialmente construída, nem todas as pessoas com comprometimento físico necessariamente precisam ser desabilitadas, esse estado não é um aspecto herdado do indivíduo, mas determinado pelos significados que a sociedade atribui a tal estado à dependência que ele freqüentemente impõe.

A dependência ou apoio é vista também em todas as idades e todas as sociedades, os curandeiros sempre fizeram uso de alguma forma de equipamento – facas, talas, bisturis, sondas, espátulas ou então itens mais mágicos, usados em rituais. As tecnologias médicas, como sistemas complexos de concepção e de funcionamento não são simplesmente objetos físicos utilizados para propósitos específicos. São também produtos culturais que dizem algo sobre os valores

sociais, econômicos e históricos que as produziram em um dado momento no tempo e em determinado lugar. Elas têm uma gama de significações para aqueles que as empregam profissionalmente e para paciente que passam a depender delas (Helman, 2003).

Aos instrumentos perduram e cada vez mais evoluem com suas tecnologias a utilização crescente do sistemas de manutenção de vida, aparelhos de diálise, equipamentos de monitoramento e incubadoras, assim como as novas tecnologias de reprodução podem também contribuir para borrar o limite divisório entre o eu e o não-eu. Em um paciente que precisa de hemodiálise tem de testemunhar seu próprio sangue a sair de seu corpo, daí viajando por tubos de plástico para dentro das profundezas da máquina. Um processo fisiológico privado oculto, a circulação do sangue, fica completamente a mostra para a visão pública. Os limites entre o eu e o não-eu já não são mais tão claros como foram um dia.

Em países mais pobres afirma Helman (2003) a aquisição de tecnologias caras pode ter impactos significativos nas políticas de saúde pública, pois podem forçar um redirecionamento de recursos escassos, que seriam inicialmente alocados para medidas em longo prazo, medicina preventiva e promoção da saúde, destinando tais recursos a soluções de alta tecnologia para problemas sociais e saúde ou então, podem forçar uma mudança de abordagem, privilegiando o atendimento agudo em um hospital metropolitano caro em detrimento do atendimento baseado nas comunidades e nos sistemas de hospitais distritais que empregam tecnologias mais “apropriadas” e em menor escala.

No passado os médicos diagnosticavam uma doença com base no que o paciente lhe dizia sobre seus sintomas, a história que descobriram no exame físico do paciente e também no resultado de certos testes e exames que executavam. Para fazer o diagnóstico completo, os médicos muitas vezes, também incluíam informações que também tinham coletado acerca do estilo de vida do paciente, de sua origem e de seu contexto familiar e social.

O processo de diagnóstico foi cada vez mais se distanciando dessas coletas de informações subjetivas e clínicas (colhidas ao ouvir, tocar e sentir) para se aproximar do uso de informações teoricamente objetivas ou “paraclínicas” (colhidas pelos aparelhos da tecnologia e diagnose).

A mortalidade infantil diminuiu, assim como a mortalidade de mulheres por parto, ao passo que a expectativa vida aumentou. Como resultado, mais pessoas agora vivem por tempo suficiente para sofrer de doenças crônicas (*id, ibidem*).

Essas doenças incluem diabete, hipertensão, artrite e doença de Parkinson, além de outras condições que, como o câncer, podem ser doenças da vida mais tardia. Na maior parte dos casos uma cura rápida para essas doenças não é possível.

Requer uma abordagem mais cooperativa ao atendimento em saúde, uma abordagem bastante diferente da atual perspectiva pautada pela doença. Nas doenças crônicas, como diabetes, os pacientes tem que tornar co-curandeiros, monitorando a sua própria condição e tratamento a si próprios diariamente, em colaboração com os profissionais de saúde. Necessidade de maior entendimento das suas necessidades, de suas crenças acerca e das realidades de sua vida cotidiana se tornam necessárias para a adesão ao tratamento (Helman, 2003).

Há turistas, imigrantes, estudantes estrangeiros, trabalhadores expatriados, e refugiados, assim como há também seguidores de diferentes cultos de religiões e de estilos de vida. Cada um desses grupos tem muitas vezes sua própria visão sobre saúde e enfermidades a serem tratadas (*id, ibidem*).

Se por exemplo a fraqueza da saúde é atribuída à punição divina em razão de alguma transgressão moral, então, o médico é usado para os sintomas físicos e o pastor e curandeiro para a causa.

Muitas pessoas quando diagnosticadas com câncer, tendem a alterar seus comportamentos e sua dieta, aumentar ingestão de vitaminas, rezar mais, entrar para um grupo de auto-ajuda e consultar curandeiros tradicionais e alternativos além de continuar o tratamento biomédico. Os conselhos e os tratamentos circulam pelas conexões dessa rede, começando com os conselhos de família, dos amigos, dos vizinhos, dos amigos dos amigos e passando aos curandeiros populares sagrados e seculares ou aos médicos (*id, ibidem*).

Impactos do adoecimento no sujeito

Para González Rey (2003) a idéia de um sujeito universal apresenta-se muito associada à do sujeito ideal que inspirou as construções éticas, políticas e religiosas do pensamento ocidental. O sujeito transcendental da fenomenologia apresentado por Garaudy (1966) *apud* González Rey (2003) retrata a visão de Husserl de um sujeito em um papel ativo e participativo, o que representa uma importante premissa epistemológica presente de uma forma ou outra em todos os movimentos alternativos ao positivismo nas ciências sociais.

A subjetividade e o sujeito para González Rey (2003) aparecem como resultado de sua assimilação da dialética marxista, enriquecida no processo de desenvolvimento da psicologia pela influência crescente do pensamento complexo nas ciências do homem.

O marxismo apresenta um sujeito concreto, que mostra em sua condição atual a síntese de sua história social, não como aculturação, mas como expressão de uma nova condição. A

morte da filosofia do sujeito é o que permite a construção do sujeito pessoal, o sujeito concreto integrado de múltiplas formas com o mundo onde vive (González Rey, 2003).

Touraine (1999) *apud* González Rey (2003) afirma por meio de uma compreensão histórico-cultural do sujeito, o mesmo, é concebido a partir do desmoronamento dos tipos de ordem que caracterizam a modernidade. Dentro das quais o sujeito estava à mercê de racionalidades situadas fora dele e que exigem sua submissão incondicional. Touraine (1999) resgata o mundo interno do sujeito subjetivado com capacidade de opção, de ruptura e de ação criativa, e assim sua ação atual e seus efeitos são constituintes de sua própria subjetividade, e não causas que a aparecem como elementos externos da ação.

A idéia do sujeito recupera o caráter dialético e complexo do homem, de um homem que de forma simultânea representa uma singularidade e um ser social, relação esta que não é uma relação de determinação externa, mas uma relação recursiva em que cada um está simultaneamente implicado na configuração pluri-determinada dentro da qual se manifesta a ação do outro (p.224).

Diante do adoecimento, não só quem é acometido, mas também, aquele que acompanha, o doente, muitas vezes, poupa a pessoa doente de saber situações problema para que estas não sejam mais um fator para sofrimento, daí se aplica à criatividade do acompanhante.

Em espaços de transformação e desenvolvimento que aparecem da contradição entre o social, situações como restrição econômica, e o individual, do individual visto não como sujeito “sujeitado”, mas sim como um sujeito que de forma permanente se debate entre as formas de “sujeitamento” social e suas opções individuais manifestas em diversas maneiras criativas resolver ou amenizar uma problemática.

A consciência não é um sinônimo de razão, é sinônimo de representação, intencionalidade e reflexividade enquanto processos comprometidos com a ação do sujeito como afirma González Rey (2003) assim ao enfrentar ou mesmo se esquivar das conseqüências do adoecimento ou mesmo morte de alguém bem quisto se observa a consciência-inconsciência não de forma dicotômica, mas sim dois momentos diferentes da experiência subjetiva constituídos dentro de uma nova unidade, que são os sentidos subjetivos. A configuração de sentido que está na base de cada ação humana é apreendida de forma total pelo sujeito concreto.

Dessa maneira o sujeito concreto é ativo e sua capacidade de construção consciente traduz seus processos atuais de subjetivação, isso não significa ajustes a um exercício da razão, pois as construções da consciência são produções de sentido, não construções racionais (González Rey, 2003).

O sujeito aparece nos momentos de sentido que pensa, e é a sua capacidade geradora de sentidos por meio do pensamento um dos elementos centrais no desenvolvimento da sua capacidade para produzir rupturas. No exercício de sua capacidade pensante, o sujeito se constitui como elemento central de caráter processual da subjetividade (*id, ibidem*).

No processo de sentido que se configura de elementos de sentido com origens diferentes, entre os quais está a própria teoria que o sujeito assume, que delimita representações com as quais o sujeito se identifica, desse modo, ao enfrentar a doença de um ente querido, seu sofrimento, por vezes seguido de morte, traz as expressões de todo o conteúdo de sua subjetividade social e individual permeada por um sentido único, singular desse sujeito.

O sujeito perde a capacidade de contato com o real, toda vez que este contato está mediado pela ordem simbólica assim a qualidade negativa que encobre a constituição do câncer funciona como uma venda que bloqueia a percepção dos modos alternativos e criativos de reagir frente a doença. González Rey (2003) considera que o sujeito concreto tem capacidade de questionar esta ordem e atuar como constituinte dela, mediante seus complexos processos de subjetivação e suas ações.

Ao citar artigo de sua própria autoria significado da linguagem para a psicologia, González Rey (2003), enfatiza que o sujeito individual se expressa a partir de uma posição concreta em um contexto relacional e ideológico ao mesmo tempo fala de forma diferenciada através de sua história, que aparece nas diferentes formas em que apresenta as construções de seu pensamento.

Orlandi (2000) *apud* González Rey (2003) espera do discurso positivo do analista (está se referindo ao dispositivo para analisar o discurso) não uma posição neutra, mas relativizada na fase da interpretação se deve atravessar o efeito da transparência da linguagem, da literalidade do sentido e da onipotência do sujeito. O lugar construído pelo analista em que se demonstra a alteridade do científico, a outra leitura produzida com o intuito de investigar por meio de entrevistas, os relatos dos acompanhantes em papel de cuidador de um doente crônico, faz-se de grande relevância para expandir e formular novos conhecimentos dentro da psicologia.

A construção de uma experiência por meio da linguagem e sua articulação com um pensamento próprio é um dos processos que definem o ser sujeito. A linguagem aparece como momento de processo de subjetivação com sentido e se converte em um novo momento constituinte das configurações subjetivas (González Rey, 2003).

Esse conhecimento buscado pode ser embasado em uma teoria histórico-cultural da subjetividade inspirada em um pensamento dialético orientado, no desenvolvimento contraditório de sistemas complexos que podem ser qualificados como sistemas distantes do

equilíbrio, e que se organizam no curso contraditório de sua própria processualidade, entre os quais se destacam a subjetividade e a sociedade.

(...) o sentido aparece como registro emocional comprometido com os significados e as necessidades que vão desenvolvendo-se no decorrer de sua história, fazem da categoria sujeito uma peça-chave para entender os complexos processos de constituição subjetiva e de desenvolvimento, tanto dos processos sociais como dos individuais (p 235).

Ao compreender o sujeito da emoção, a emoção é tida como uma condição permanente na definição do sujeito e a linguagem, o pensamento se expressam a partir do estado emocional de quem fala e pensa. Assim o hospital, a doença e o cuidador relacionam-se de forma conflituosa e dialética em que o sujeito é portador de uma emoção comprometida de forma simultânea com sentidos subjetivos de procedências diversas, que se fazem presentes no espaço social dentro do qual se situa o momento atual de relação e de ação, o hospital.

A maneira de lidar com a situação dolorosa mostra-se nas opções produzidas pelo sujeito, pois não são, simplesmente, opções cognitivas dentro do sistema mais imediato de contingências de sua ação pessoal, e sim caminhos de sentido que influenciam a própria identidade de quem os assume e geram novos espaços sociais que supõem novas relações e novos sistemas de ações de valores (González Rey 2003).

Para González Rey (2003) o conceito de prática social é essencial para compreender a idéia do sujeito. O sujeito é o indivíduo comprometido de forma permanente em uma prática social complexa que o transcende, e diante disso precisa organizar sua expressão pessoal, o que implica a construção de opções que mantenha seu desenvolvimento e seus espaços pessoais dentro do contexto de suas práticas. O sujeito tem uma função auto-reguladora relata, Morin (1980) *apud* González Rey (2003), vista não só na organização de sistemas de estratégias que permitam integrar zonas diferentes de suas práticas sociais, zonas estas que se expressam em diferentes espaços e que co-existem em tempos diferentes.

O acompanhante parece doente e o doente se mostra mais forte se comparado ao acompanhante, na necessidade de construir novas alternativas, este acompanhante, pode entrar em conflito com sua identidade, pois as alternativas em certas ocasiões rompem completamente sua localização tempo-espacial, o que está ligado ao distanciamento de sistemas de sentido histórico enraizados em sua identidade social e pessoal. O sujeito representa uma opção criativa, geradora de sentidos, que define novos espaços de integração pessoal que, no caso de não serem alcançados, podem transformar-se em um momento de gênese patológica como afirma González Rey (2003).

Já a linguagem da pessoa frente a doença crônica, em cuidados paliativos pode, remeter a situação do sujeito em uma posição de emancipação e não na sujeição. Por intermédio de seu pensamento, do exercício de novas práticas sociais, o sujeito enfrenta de forma permanente suas posições anteriores e se mostra com força em momentos de ruptura com o social, que podem representar novos focos de subjetivação social, e por isso pode parecer mais forte em relação a quem adoece, ou mesmo definhando fisicamente, mas não de um globalmente.

Um dos problemas que o estudo psicológico das emoções tem enfrentado é a incapacidade para transitar de uma compreensão biológica da psicologia para uma compreensão cultural, subjetiva, dentro da qual as emoções não aparecem só como momento de expressão da pessoa ante estados biológicos, mas sim associadas a estados subjetivos (González Rey, 2003).

A emoção caracteriza o estado do sujeito ante toda ação no espaço de suas relações assim entra no cenário da cultura. O emocionar-se é uma condição da atividade humana dentro do domínio da cultura, o que por sua vez se vê na gênese cultural das emoções humanas (González Rey, 2003).

Neubern (2000) *apud* González Rey (2003) para abordar as emoções com múltiplas dimensões que possuem um substrato biológico que se constituem enquanto ontologias subjetivas, internas e não lineares manifestadas na sua interação com o social.

A emoção interage com o somático e o fisiológico. E, portanto as emoções são registros complexos que com o desenvolvimento da condição cultural do homem, passam a ser uma forma de expressão humana de enfrentamento situações de natureza cultural que surgem em sistemas de relações e práticas sociais. No entanto essa nova condição do registro emocional não elimina a capacidade de registro somático e fisiológico que, em sua complexa relação com os anteriores, definem o sentido subjetivo da emoção, que representa um momento essencial de sua definição subjetiva (González Rey, 2003).

Entre o simbólico e o emocional, sem que um desses momentos seja reduzido ao outro, se define o sentido subjetivo que pode recuar emocionalmente e pode ocorrer o sepultamento do doente antes da morte, a inadequação dessa reação é que pode ocorrer antes mesmo no próprio doente, ele se enterra na atitude de abandono da vida e fica à espera que a morte venha sedá-lo da dor da morte social enquanto a sobrecarga consome a vida do cuidador.

Assim como abordado no artigo, o câncer e sua representação simbólica, o ser humano é um corpo que possui uma identidade simbólica e, como tal, portador de histórias que vão além dos registros dos sistemas orgânicos assim o acompanhante e cuidador, precisa receber suporte

no transcorrer do tratamento a escuta da singularidade daquele que adoeceu com o câncer e, ou com a contaminação simbólica dos mitos e crenças.⁵

⁵ http://www.revistacienciaeprofissao.org/artigos/24_02/pdfs/24.2.12.pdf

Capítulo 2

A pesquisa qualitativa e seu enfoque na subjetividade social e individual

No chamado paradigma qualitativo se produz estruturas teóricas que vão muito além de qualquer critério atual de confirmação no plano empírico. Essas construções se convertem em recursos indispensáveis para entrar em zonas de sentido ocultas pela aparência. Esse princípio tem diferentes repercussões ao nível metodológico, entre as quais estão os lugares ativos do pesquisador e do sujeito pesquisado como produtor de pensamento (González Rey, 2002).

Ao se investigar o pesquisador coloca em questão os pressupostos inerentes a qualidade de observador externo que tende a importar para o objeto os princípios de sua relação com a realidade, incluindo suas relevâncias, sua subjetividade individual.

E. Morin (1998) *apud* González Rey (2002) coloca até que ponto o conhecimento é produzido, dependente e integrado por uma cultura e o ser humano parece aprisionado a ela, porém a autonomia potencial, de cada sujeito, pode em certas condições atualizar-se e tornar-se pensamento pessoal.

As metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto na concepção quanto na sua transformação do que é apreendido, como construções humanas significativas, segundo Minayo (1998).

A introdução dessa definição insere conseqüências teóricas e práticas na abordagem do social e faz-se uma questão: a possibilidade de se considerar científico ou não um trabalho de investigação, que ao considerar os níveis mais profundos das relações sociais, não pode operacionalizá-lo em números e variáveis, critérios usualmente aceitos para emitir juízo de verdade no campo intelectual.

Tal questão remete ao positivismo sociológico que apenas reconhece como ciência a atividade objetiva, capaz de traçar as leis que regem os fenômenos, menospreza os aspectos chamados subjetivos, impossíveis de serem sintetizados em dados estatísticos (Minayo, 1998).

Pois, como González Rey (2002) afirma, a ciência é racionalidade e subjetividade, em tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, reflete uma expressão íntegra do fluxo da vida humana, que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma singular de sua produção, por isso o social surge na rota única dos indivíduos constituídos em uma sociedade e uma cultura particular.

Numa oposição frontal ao positivismo, a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como marco do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo. Não se preocupa em quantificar, mas de tentar explicar os aspectos das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (Minayo, 1998).

Na questão qualitativa, a dialética marxista abarca o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, e as representações sociais, que lhe atribuem significados.

Frente à problemática da quantidade e da qualidade a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, chega-se à dissolução das dicotomias quantitativo e qualitativo, macro e micro, interioridade e externalidade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.

O objeto tem um caráter interativo e subjetivo, o sistema subjetivo como um sistema aberto, abrangente e irregular, e sem a implicação subjetiva do sujeito pesquisado, a informação produzida no curso do estudo perde significação e, portanto, objetividade, no sentido mais amplo da palavra (González Rey, 2002).

No caráter interativo do processo de produção do conhecimento as relações pesquisador-pesquisado são uma condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas e o interativo é uma dimensão essencial do processo de produção de conhecimentos, um atributo constitutivo do processo de estudo dos fenômenos humanos (*id, ibidem*).

Assim tanto para González Rey (2002) como para Minayo (1998) a subjetividade e objetividade são formas legítimas que se demonstram na pessoa a ser pesquisada e toda a interação com o meio social e psicológico envolvido. A subjetividade é a maneira de superar essas dicotomias na medida que amplia a compreensão das pesquisas sociais ao alcançar uma criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana.

Com relação aos significados, a análise os considera como parte integrante da totalidade que deve ser estudada tanto ao nível das representações sociais como das determinações essenciais para Minayo (1998).

Assim se percebe a relação inseparável entre mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre a ação do homem como sujeito histórico e as determinações que o condicionam. Os princípios de especificidade histórica e de totalidade lhe conferem potencialidade do ponto de vista metodológico, apreender e analisar os

acontecimentos, as relações e cada momento como etapa de um processo, como parte de um todo.

A abordagem qualitativa na pesquisa em saúde: saúde e doença fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente

Os critérios de complexidade e de diferenciação permitem trabalhar o caráter do antagonismo, de conflito e de colaboração entre os grupos sociais, e no interior de cada um deles, e pensar suas relações como múltiplas em seus próprios contextos, intercondicionados em seu movimento e desenvolvimento interior e interagindo com outros fenômenos ou grupos de fenômenos (Minayo, 1998).

A interpretação, de tais dados, é um processo diferenciado que dá sentido a diferentes manifestações do estudado e as converte em momentos particulares do processo geral, orientado à construção teórica do sujeito, em sua condição de sujeito social ou de sujeito individual (González Rey, 2002).

A discussão crítica do conceito de metodologias qualitativas provoca uma reflexão sobre aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferenças teóricas que abrangem aspectos particulares e relegam outros, revelam a inevitável sobreposição entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade da crítica interna e externa na objetivação do saber. O próprio termo metodologias qualitativas consagra uma imprecisão, uma dificuldade do social (Minayo, 1998).

Apezechea (1985) *apud* Minayo (1998) afirma que a abordagem qualitativa da saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social, a metodologia está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte. Sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de Saúde (*id, ibidem*).

Vencer dicotomias analíticas, de se mover no terreno da totalidade das dimensões que o fenômeno saúde/doença ao tentar realizar uma ampliação do conceito sociológico de saúde que abarque a totalidade das relações que contêm e se expressam no cultural.

Para Minayo (1998) dentro da abrangência do cultural, a saúde só pode ser entendida dentro da sociologia de classe. Porém dentro de uma sociologia que:

- *Possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes;*
- *Perceba também a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação;*
- *Defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção;*
- *Conceba sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer etc., considerando como espaços inclusivos de conflitos, contradições, subordinação e resistência (p.15).*

A mesma autora, nesta obra, aborda a cultura como abrangente de uma objetividade com a espessura que tem a vida, perpassada pelo econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. A cultura é o local em que tudo é atribuído de sentido com diversos significados.

Então a pesquisa qualitativa se inclina sobre o conhecimento de um objeto complexo, a subjetividade, que pode mudar em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto em que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo (González Rey, 2002).

Para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significação. Pois saúde e doença exprimem uma relação da subjetividade social e individual. A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não por um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim em um processo de constituição que integra de forma simultânea as subjetividades social e individual na interação dialética e dialógica do sujeito concreto. E assim confronta as turbulências do ser humano enquanto ser total.

As subjetividades social e individual constituem dois níveis que se integram na definição qualitativa do subjetivo e que, ao mesmo tempo, são momentos constantes de tensão e contradição que atuam como força motriz do desenvolvimento em ambas as instâncias da subjetividade. Portanto é um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, sensível a qualidade de seus momentos atuais, como saúde e doença, o qual tem papel fundamental nas opções do sujeito (González Rey, 2002)

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela

enfrenta seu medo da morte e exorcizam seus fantasmas. Neste sentido saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências afirma Minayo (1998).

A ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deve se atentar aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige, a aproximação das cultura e subculturas envolvidas nessa investigação poderá ter sucesso, somente, com a compreensão o mais aproximada possível, da concepção de mundo daquele sujeitos e dos que o cercam corroborando em ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos científicas, elas se aproximam com maior clareza dos contornos reais dos fenômenos que abarcam, como indica Minayo (1998).

Nunes (1985) e Garcia (1983) *apud* Minayo (1998) colocam que das abordagens qualitativas a fenomenologia é a que tem tido maior relevância na área da saúde, pois tem desvendado as concepções de saúde e doença como culturalmente específica, a arbitrariedade do Estado na imposição de padrões culturais, a relatividade da verdade da medicina, o caráter reprodutor das instituições médicas, a dominação da ética médica. Proposições da política de atenção primária, de auto-cuidado, revalorização da medicina tradicional, de participação comunitária, de certos grupos de investigação e ação e de pesquisa participante convergem influências fenomenologias.

O objeto das ciências sociais é histórico as necessidades humanas existem num determinado espaço, tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado.

O sujeito é histórico, uma vez que sua constituição subjetiva atual representa a síntese subjetiva de sua história pessoal, e é social, porque sua vida se desenvolve na sociedade, e nela produz novos sentidos e significações que, ao constituir-se subjetivamente, se convertem em constituintes de novos momentos de seu desenvolvimento subjetivo (González Rey, 2002). Portanto tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico.

O cenário da pesquisa, descrição de instrumentos utilizados e atitudes envolvidas

A concepção interacionista das relações sociais se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é auto-dirigido e observável em dois sentidos: simbólico e o

interacional por isso o ser humano pode planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e atribuir significado aos objetos que utiliza para realizar seus planos.

Do ponto de vista metodológico Minayo (1998) afirma que os princípios interacionistas enfatizam que os símbolos e interação devem ser os principais elementos a se apreender nas investigações, uma vez que símbolos, significados e definições são construídos e constituídos pelos atores sociais.

Ao utilizar instrumentos para se captar e compreender o que o sujeito pesquisado relata é necessário considerar a interpretação como um processo diferenciado que dá sentido a diferentes manifestações do estudado e as converte em momentos particulares do processo geral, orientando à construção teórica do sujeito, em sua condição de sujeito social, como pode ser a família, a comunidade, a escola, ou de sujeito individual (González rey, 2002).

O principal cenário da pesquisa são as relações pesquisador-pesquisado e as relações dos sujeitos pesquisados entre si nas diferentes formas de trabalho que a pesquisa pressupõe. Assim se pode compreender o processo que assimila os imprevistos de todo o sistema de comunicação humana e que, inclusive, utiliza esse imprevistos como situações significativas na produção de conhecimento, como a aceitação dos momentos informais que surgem durante a comunicação, como produtores de informação relevante para a produção teórica.

Ao nível das pesquisas qualitativas os instrumentos de trabalho de campo a serem utilizados, neste trabalho, são observação participante da pesquisadora e a entrevista semi-estrutura visando apreender o ponto de vista dos atores sociais ao investigar aspectos envolvidos no sofrimento do cuidador de um doente crônico de câncer em tratamento em hospital da rede pública de saúde.

Assim ambiciona-se utilizar esse instrumento para orientar a conversa com a finalidade de ampliar e aprofundar a comunicação ao deixar emergir atitudes, valores e opiniões, ou seja, pontos relevantes da maneira dialógica e dialética que se constitui a vivência desse acompanhante e cuidador. Deseja-se também observar e compreender como tais vivências envolvem suas concepções de subjetividade social e individual que são organizados com um sentido, singular, subjetivo, próprio daquele indivíduo.

Em um processo pelo qual o interlocutor, a pesquisadora, facilita idéias e emoções que surgirem durante a reflexão conjunta e espontânea em que se desenvolver a entrevista semi-estruturada ao combinar perguntas abertas e fechadas o entrevistado, cuidador, tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e ressalta a singularidade como realidade diferenciada na história da constituição subjetiva do indivíduo, e suas configurações como unidades que constituem a personalidade.

A entrevista é um instrumento privilegiado, pois é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e tem a característica de transmitir por meio do cuidador, porta voz, as representações do grupo em que está inserido em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O sujeito responde às perguntas que são feitas e realiza verdadeiras construções implicadas no diálogo nos quais se expressa, tais construções integram suas necessidades, assim como os códigos sociais aceitos pelo meio em que vive. Toda essa construção é um processo complexo, plurideterminado, que exige a maior perícia do pesquisador para definir indicadores relevantes sobre o que estuda, o que é impossível sem sua implicação ativa, não só com os resultados dos instrumentos, mas com os sistemas de relações que devem ser estabelecidos no andamento da pesquisa (González Rey, 2002).

A entrevista abrangerá o tempo previsto para o trabalho de campo em no mínimo 30 (trinta) minutos e no máximo 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos.

Toda a entrevista será registrada por meio de gravador de fita magnética tipo k7 e observação participante da pesquisadora será posteriormente relata em anotações a parte sobre as impressões, naquele momento e contatos anteriores.

Quanto ao local onde a pesquisa será desenvolvida se trata da residência da cuidadora que foi além de cuidadora de um parente também desenvolveu atividade voluntariada no Hospital de Base do Distrito Federal em Brasília (HBDF) no 5º (quinto) andar, local que se situa uma organização não governamental a Rede feminina de Combate ao Câncer (RFCC).

A RFCC atua no suporte psicossocial de pacientes com câncer, principalmente, mas também aos demais que neste local se internem.

O conhecimento científico sob o ponto de vista qualitativo se legitima pela qualidade de sua expressão e não pelo número de sujeitos a serem estudados, responde a um critério qualitativo, definido, essencialmente, pelas necessidades do processo de conhecimento que surgem no curso da pesquisa, ao acreditar que a informação expressa por um sujeito concreto pode converter-se em um aspecto significativo para a produção do conhecimento, sem que tenha de repetir-se necessariamente em outros sujeitos como afirma González Rey (2002).

A informação e sua construção a partir do relato de uma cuidadora

Com esse critério foi escolhida uma acompanhante de uma paciente acometido por uma reincidência de câncer no pâncreas a qual passou por tratamento durante um ano e seis meses, e a

cerca de um ano veio a óbito. A cuidadora em questão tem 41 anos de idade, nível superior incompleto, solteira e é funcionária pública.

Por meio de um diálogo com a finalidade de favorecer o bem estar emocional do sujeito participante da pesquisa e incentivar o pensamento do mesmo fez-se o primeiro contato na intenção de promover a qualidade da informação produzida na pesquisa. Assim o contato inicial se deu pela identificação da pesquisadora como estagiária de psicologia e integrante da RFCC que se disponibilizou para auxiliar, principalmente, pela escuta diferenciada permitida pela psicologia, o que compõe a estratégia de entrada no campo de pesquisa.

Na relação paciente-pesquisador-cuidador pode ocorrer um novo produto originado entre as subjetividades (social e individual) envolvidas fenômeno este confrontante com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos e pode deflagrar um processo mais amplo de construção de conhecimentos.

Essa construção de conhecimento irá explorar a subjetividade como um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana pela sua ontologia e com elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo do desenvolvimento da pessoa pesquisada.

O pesquisador além de ser um sujeito participante converte-se em sujeito intelectual ativo durante o curso da pesquisa. Produz idéias à medida que surgem elementos no cenário da pesquisa, as quais confronta com os sujeitos pesquisados em um processo que o conduz a novos níveis de produção teórica.

A significação que se atribui à comunicação desloca o centro de atenção dos pesquisadores dos instrumentos para os processos interativo-constructivos que se constituem dinamicamente no curso da pesquisa.

Ao buscar o envolvimento e o compromisso do sujeito pesquisado, na pesquisa qualitativa, introdução ao tema é feita de um diálogo do pesquisador com o sujeito que participará da pesquisa, o pesquisador propõem temas de interesse para eles e tenta fazer com que participem, se motivem e gerem uma atmosfera de reflexão sobre as questões tratadas. Os temas sugeridos foram as concepções do que é câncer para o sujeito pesquisado, cuidador, e como foi ser cuidadora de alguém com tal doença.

O interesse do pesquisador e suas preocupações surgem naturalmente dentro da conversação, o que de fato se converte no primeiro momento da pesquisa, pela informação que aparece nos momentos informais da pesquisa ser tão legítima como a procedente dos instrumentos usados na pesquisa, no diálogo se criam climas de segurança, tensão intelectual, interesse e confiança, que favorecem níveis de conceituação da experiência que raramente

aparecem de forma espontânea na vida cotidiana, e, portanto esse já se constitui um dado a ser explorado (González Rey, 2002).

O pesquisado adquire um papel essencial é reconhecido em sua singularidade como responsável pela qualidade de sua expressão, relacionada com a qualidade de seu vínculo com o pesquisador. A pesquisa se apóia na participação e no compromisso crescente de quem participa dela, há de ter um sentimento para os participantes, pesquisadora e pesquisada, sem o qual é pouco provável que se produza o tipo de informação de que se necessita.

Por meio de um consentimento livre e esclarecido será explicitado o interesse da pesquisa em auxiliar na compreensão e apoio ao acompanhante do doente crônico de câncer, o cuidador. Após a verificação do nível de escolaridade e alfabetização do cuidador será informado, verbalmente, e por escrito que o mesmo ficará anônimo e em sigilo ao ser publicado seu caso apenas para fins acadêmicos.

Busca-se um momento de reflexão frente ao problema de pesquisa, para identificar o que se deseja pesquisar e então ter uma aproximação mesmo que difusa e pouco estruturada. Representa uma construção em processo, que se irá desenvolver em direção de novas e diversas formas.

Capítulo 3

A informação construída

A categoria do sentido de impacto subjetivo do câncer

As interpretações sobre a base da aparição de determinados indicadores nunca têm caráter absoluto, representam um primeiro momento na definição de uma zona de sentido e se integra ao processo de uma construção teórica mais abrangente.

Os dados aparecem como uma linguagem própria, que deve ser respeitada pelo pesquisador para garantir o caráter objetivo da pesquisa por isso serão usados termos trazidos no relato da pessoa pesquisada.

A expressão do sujeito ante os instrumentos de investigação está estreitamente ligada ao que sente no momento de recebê-lo, o que depende muito do valor que consente à pesquisa, de suas necessidades e conflitos, e suas relações com o pesquisador e do clima dialógico em que a pesquisa se dá. Dessa maneira a cuidadora relata sua experiência em dois momentos, o primeiro no adoecimento de sua mãe e o segundo no seu trabalho voluntário em Hospital do Serviço Único de Saúde (SUS).

As relações com a pesquisadora, a confiança e o interesse que foram despertadas são essenciais para criar um conjunto de necessidades do sujeito em relação à sua participação na pesquisa, determinantes para sua capacidade de expressão. A disposição da pessoa pesquisada em auxiliar na pesquisa e compartilhar sua vivência foi decisiva para que se pudesse chegar as reflexões que se seguem.

Pois a cuidadora demonstrou, verbalmente, e por atitudes diversas no contato inicial, necessidades relacionadas à sua participação na pesquisa, o que permitiu e evidenciou o sentido do tema para a mesma o que é condição para expressão livre e espontânea, e tem efeitos permanentes sobre a expressão intencional do sujeito, ao afetar sua qualidade.

Para essa expressão livre e espontânea utilizou-se a entrevista semi-estruturada com duas perguntas abertas com o tema como a pesquisada entendia e como concebia o câncer, além de como foi cuidar de alguém com câncer. Ocorreu apenas uma interferência da pesquisadora durante o relato da cuidadora, pois a cuidadora considerou que havia crescido devido a doença de sua mãe então ao ser solicitada falar mais um pouco de como acredita que o câncer permitiu a ela um crescimento.

A entrevista, na pesquisa qualitativa tem o propósito de converter-se em um diálogo para a

livre expressão da complexidade envolvida nas informações que surgem dessa maneira o acréscimo de mais uma pergunta não prevista demonstra como o sujeito faz mais do que responder ante um instrumento, ele se expressa por meio dele, elabora e constrói sua experiência e a expressa, isso envolve um processo cultural pertinente a pesquisa com seres humanos na qual os sujeitos e pesquisadora são parte integrante desse processo.

Assim pode-se levantar indicadores que para González Rey (1997) *apud* González Rey (2002) designa elementos que tomam significação graças à interpretação do pesquisador, sua significação não é acessível de forma direta à experiência, nem aparece em sistemas de correlação.

O indicador se constrói sobre a base de informação implícita e indireta, representa só um momento hipotético no processo de produção da informação, mesmo que conduza à aparição de novos indicadores por meio das novas idéias do pesquisador associada à construção dos indicadores precedentes (*id, ibidem*).

Têm-se informações à medida os indicadores são concebidos facilitam o acesso à constituição subjetiva desse conflito. A definição do indicador produziu-se pela combinação de informações indiretas e informais omitidas. Representa um momento dentro de um processo, em que indicadores precedentes passam a ser elementos de sentido dos conseqüentes, integrando-se todos no sentido que obtém qualquer interpretação realizada durante o processo de pesquisa.

Eles têm a finalidade explicativa e facilitam a interação entre as idéias do pesquisador e as manifestações do estudado assim avança em direção a construções mais abrangentes do processo de produção de conhecimento, as quais são de caráter temporário.

A flexibilidade, versatilidade e complexidade da subjetividade permitem que o homem seja capaz de gerar, permanentemente, processos culturais que bruscamente, modificam seu modo de vida, o que, por sua vez, leva à reconstituição da subjetividade, tanto social quanto individual (González Rey, 2002). E o sujeito da pesquisa inicia assim:

Na verdade tinha um distanciamento muito grande com o tema câncer pra mim era uma coisa que só acontecia com o vizinho e que nunca pudesse acontecer dentro de casa.

Ao deparar com, o câncer, uma doença crônica, em uma pessoa querida a cuidadora acionou seus recursos mais preciosos para auxiliar sua mãe, o seu amor, e sua imposição de mãos, uma maneira de passar energia para outra pessoa, chamada em sua religião de jorei.

(...) eu fui várias vezes ministrar jorei na minha mãe achei que isso tivesse ajudado bastante por que ela tinha essa aceitação. Mais uma vez eu me propus a fazer um tratamento, com ela, espiritual, a base do jorei.

A subjetividade permite situar os conteúdos psíquicos parciais e fragmentados em momentos de processos mais abrangentes e complexos que se articulam de formas diversas na organização subjetiva com a tentativa de buscar a melhor alternativa ao desenvolver o papel de filha e cuidadora.

Só que eu fui muito mais além porque eu fui tentar descobrir o que era o câncer, eu fui tentar descobrir as relações das pessoas que tem câncer, grupos de apoio, quais os cuidados que as pessoas devem ter, quais são os cuidados que a família deve ter com paciente, quais os cuidados que o paciente deve ter com ele mesmo.

Dessa maneira a subjetividade se constitui em unidades complexas na organização singular do sujeito concreto, como nos diferentes níveis da subjetividade social, as organização deste ser humano revela-se em suas ideologias e religião, em seus sistemas políticos e econômicos, nos tipos de laços que o parentesco cria entre as pessoas. O que se verifica no relato que se segue:

E a minha afinidade com a minha mãe era muito grande porque eu descobri minha mãe depois de velha, eu velha, mais adulta, foi quando eu comecei a ter uma afinidade maior com ela, foi quando a gente se tornou mais amigas e isso me aproximou muito, porque a perda daquele ser, daquele objeto de amor, que eu tinha foi para mim coisa que não ia passar pela minha cabeça, causou muito sofrimento, muita angústia, eu que eu achei que deveria retribuir isso a ela, emocionalmente, me dedicando a ela 24 horas do meu dia, se fosse possível e eu fiz isso.

Eu tratava os paciente com o maior amor, com o maior carinho, mas sempre projetando a imagem da minha mãe.

E por meio da religião e de um conhecimento de psicologia, a cuidadora, buscou auxiliar sua mãe ao expressar as configurações de sua personalidade em seu sentido subjetivo na integração com outros estados dinâmicos, no momento que cuida com amor e a mãe, cuidada, pela percepção da filha, compreende esse amor com um valor de não vida, de fracasso, de não cura.

Eu atribuo que a cura está dentro da gente então eu não tenho poder de curar qualquer pessoa, como pessoa, eu tenho poder de dar amor a pessoa que pode ou não aceitar esse amor. E esse amor pode ou não ajudá-la numa reconstrução, pode ou não colocá-la no caminho da morte, não sei vai depender do valor que vai atribuir a isso.

Eu acho que foi isso que minha mãe tentou fazer, ela tentou atribuir um valor, e ela

atribuiu um valor de não vida, atribuiu um valor de fracasso.

E se viu em situação semelhante ao trabalhar voluntariamente, com doentes de câncer, pois mesmo tempo ao dar amor as pessoas faleciam e não se percebia como auxiliando. O que se pode perceber por esse trecho da escuta feita a cuidadora sobre sua mãe, após uma cirurgia em uma conversa com o médico.

Que ela voltou para o quarto e ele não conseguiu fazer o que ele queria, ao me encontrar, eu perguntei a ele, não sei nem porque eu quis saber, não devia ter sabido, eu perguntei: e daí, quais são os procedimentos de agora em diante, ele falou: se sua mãe reagir ao tratamento ela terá de quatro meses à um ano de vida. Isso me matou, me matou, porque eu tratava da minha mãe sabendo que eu podia perdê-la a qualquer momento.

E é assim que eu lido com o paciente, eu fiz isso lá no Hospital de Base, eu fiz na tentativa de poder dar amor a cada dia como se aquele dia fosse o último, mas eu não consegui dissociar a idéia de que o câncer é uma doença que não tem cura.

A reação subjetiva, social ou individual está constituída pela história da cuidadora e se expressa diante dos acontecimentos sociais atuais, pela sensação de um buraco no peito e procura da psicoterapia, como uma das formas possíveis de expressão dessa complexa trama nesse momento histórico.

Todas as pessoas que eu conheço com câncer elas vão, mas sempre na iminência de aquilo pode voltar, e que elas vão ter que lidar com a morte, e isso é uma coisa que para mim... aí eu atribuo valor a minha vida, que é uma vida de perdas, eu estou até fazendo terapia por conta disso, porque minha mãe deixou um buraco muito grande, deixou aqui, está aqui (mostra o peito nos dois momentos anteriores) e está enorme. Eu atribuo, fico tentando dar significado as coisas à partir da vida dela e não da minha própria vida, então está tudo errado, eu tenho que dar à partir da minha vida. E lidar com o câncer hoje não é uma opção minha, não é. É difícil lidar com o paciente com câncer porque você ama e você vai se afastar dele um dia seja por opção dele, seja por opção divina, seja por opção sua (...).

O que também pode se perceber durante todo o seu relato em que informa que se manteve distante no primeiro momento da doença de sua mãe, não teve conhecimento no segundo momento e no terceiro momento, da doença, próximo à morte, de sua mãe, que se aproximou da mesma.

Então quando minha mãe descobriu que tinha primeiro câncer, que ela teve uma reincidência, não do mesmo, num outro lugar completamente diferente. Ela não contou para família. Ela enfrentou uma luta de um ano e meio sozinha, ela e o meu pai, mais ela

do que o meu pai. Meu pai só a deixava no tratamento. Ela pediu sigilo absoluto da médica que a estava tratando e ela consentiu, a única pessoa que sabia realmente era o meu pai. Eles tinham um acordo lá (...).

(...) minha irmã me ligou avisando isso e foi aí que a gente teve contato com esse câncer, segundo, dela. E foi ao contrário do primeiro que eu fiquei completamente distanciada e eu tinha uma vinculação da igreja Messiânica, do primeiro, eu fui várias vezes ministrar jorei na minha mãe achei que isso tivesse ajudado bastante (...).

Esse processo de estar distante seguida de uma aproximação pode ser verificada por meio da afirmação de Guattari (1996) *apud* González Rey (2002) em que o modo pelo qual os indivíduos vivem a subjetividade oscila entre os extremos da alienação e opressão, pois submetem-se à subjetividade como a recebem, ou agem numa relação de expressão e de criação em que o indivíduo se reapodera dos componentes da subjetividade, social, como a religião, e individual, como aquilo que se estuda e sua compreensão de mundo, e que acredita ser bom para o outro assim produz um processo que o autor chama de singularidade.

Pode-se refletir sobre o modo como a pessoa portadora de câncer com uma reincidência não comunicou à família como um todo, contou apenas com o esposo durante o tratamento, outro fato que vem bem ao lado desse é uma aproximação de mãe e filha somente na vida adulta dessa filha que demonstra o desejo de cuidar, o cuidado em sua plenitude naquele momento, mas hoje questiona até que ponto não empurrou a mãe para morte:

eu penso na minha mãe, no que eu poderia ter feito diferente com ela, será que o que eu fiz foi suficiente, será que o que eu fiz não foi empurrá-la para uma morte? Não sei, são questionamentos que eu faço hoje em dia.

Esses fatos seguem-se de uma descrença na melhora e na cura então a pessoa doente pode ser submetida a uma manipulação do acompanhante e assim aquele que está doente tem a possibilidade de ser assujeitado, pois ao sentir dor tem sua dor nomeada como frescura, não tem autonomia para ir ao banheiro e suas fraldas são vistas como algo que a aprisiona na categoria de doente sem perspectiva de melhora. O desconhecimento do que se pode esperar senão uma recaída, e se confirma a crença da cuidadora de ser uma pessoa marcada por perdas. Segue abaixo o relato que evidencia tais afirmações.

E cuidar de um paciente com câncer é muito mais difícil que trocar fraldas de um bebê, você troca fralda de um bebê, você faz o que? Você sabe que aquilo ali você vai jogar fora que ele vai crescer e que vai continuar fazer cocô, não é? Enfim ele mesmo vai caminhar, e o paciente com câncer, você sabe que aquilo ali é uma coisa progressiva, que você vai trocar e você não vai saber o que vai ser no dia seguinte.

(...) só depois eu fui ler que a dor do câncer de pâncreas é uma das piores dores que o paciente pode ter, e é uma dor que a gente nomeava como frescura, era uma falta de vontade de vida, e a gente não tinha o alcance dessa dor que ela estava sentindo (...).

Tais fatos abalam de maneira importante o sentido atribuído hoje sobre o modo que pode amar, auxiliar quem se ama, e faz comparecer uma ausência de sentido para toda a vida da cuidadora ao ter sua vida pautada e permeada pela presente ausência de sua mãe ao relatar que tenta dar significado a partir de sua mãe e não de si mesma.

A cuidadora entendia a doença como algo relacionado ao que se faz com o amor recebido e que se tem para dar e não como uma punição em relação a ter se sentido como uma mãe fracassada, com um casamento fracassado, mas sim na questão de auto e hetero estima.

E ela sempre se achou uma mãe muito fracassada, ela nunca conseguiu associar os filhos a um sucesso, o casamento a um sucesso, sempre foi muito ligada a essa coisa do fracasso. E eu numa tentativa de reconstruir essa auto-estima dela falei: a senhora não tem nada a ver com os filhos que a senhora teve, cada um escolheu, é uma questão de escolha, cada filho tem a vida que escolheu para ter, como a senhora direcionou da melhor forma possível. E sempre fazendo uma associação com a doença. A doença não tem nada a ver com os seus fracassos, a doença não tem nada a ver com esse insucesso, a doença tem a ver com a senhora, com o amor que a senhora tem pela senhora, o amor que senhora pode dar aos outros e sempre tentando reconstruir.

De maneira semelhante, o sofrimento de paciente e acompanhante de doença crônica pode reafirmar as limitações dos não acometidos de doença crônica quando o acompanhante fez tudo o que estava ao seu alcance, mas mesmo assim o sofrimento de sua permaneceu, o que pode levar a um sofrimento e adoecimento maior por parte de doente e acompanhante.

A hospitalização para Goffman (1998) pode desencadear uma crise baseada na experiência do isolamento e da falta de habilitação, fase esta considerada pela cultura, erroneamente, em que a pessoa hospitalizada poderá aprender mais sobre si, assim adaptar-se à sua situação e alcançar uma nova compreensão daquilo que é importante e merece ser buscado na vida. Perspectiva essa do ponto de vista de quem cuida e não para o adoecido, nesse intuito a cuidadora estabeleceu que deveria desenvolver a auto-estima de sua mãe e fazê-la entender o que era a doença para a mesma, qual o sentido da doença. Necessidade essa da cuidadora e não de sua mãe, adoecida.

eu estava estudando psicologia de que a pessoa... isso é uma visão que eu tenho hoje, não tinha na época... de que a pessoa tem que aceitar, e tem que nomear a doença para poder combatê-la, porque se você não nomeia você não sabe com o que está lidando,

eu fui numa tentativa de fazer com que ela construísse um caminho da doença para ela, de que ela tentasse dar um significado.

O estigmatizado, o doente nesse caso, e o tido como normal são parte um do outro, afirma Goffman (1998), o que pode-se inferir pelo ponto de vista que o sentido subjetivo da pessoa estigmatizada é constituído e construído por meio de uma interação dialética com seus pares, esposo e quatro filhos, e também com a subjetividade social, igreja e comunidade como um todo como González Rey (2003) coloca.

Além dessa análise é necessário entender a organização social da saúde e da doença neste subsistema que é a família, inclui o modo pelos quais as pessoas são reconhecidas como doentes, o modo como elas apresentam suas doenças a outras pessoas, os atributos daqueles a quem as doenças são apresentadas e as formas de manejá-los.

Assim a mãe da cuidadora sempre foi tida como uma pessoa com diversos quadros infecciosos, e talvez seus filhos não tenham feito as escolhas de vida dentro de suas expectativas e nesse adoecimento que a levaria a morte na percepção da pesquisadora o discurso da filha, cuidadora, revela mais um fracasso, pois mesmo com o amor, com o cuidado dispensado a ela, segundo a fala da filha a mãe atribuiu um valor à construção da doença um sentido de não vida que refletiu nessa filha como sentido de não cura ao câncer.

A decepção da cuidadora com o tipo de cuidado recebido, por sua mãe, fica explícito também em relação ao outro, como o corpo médico que se preocupava com um determinado tumor, ou com seu pai que segundo o relato “ficava enchendo o saco”. Os médicos com o foco na doença física

E ela sofria muito aqui, meu pai de um lado enchendo o saco dela, e ela sofrendo, sofrendo (...).

E tudo que ela passou mal, porque ela passava muito mal por conta do tratamento, e ela já estava muito adoecida e o médico não conseguia chegar até esse adoecimento dela, já estava vomitando sangue e o médico se preocupando somente com o tumor do pâncreas, somente com a metástase que tinha dado no fígado, que tinha estacionado e eles não sabiam explicar aquilo.

Para eles era uma incógnita como é que um tumor pode estar no fígado e estar morto e eles não podiam mexer no fígado, porque o fígado é um órgão que se você mexe ele espalhe pelo corpo inteiro. Então a gente tinha essa coisa e era uma coisa muito complicada, sabe?

Em ambiente doméstico, os cuidadores desconsideravam a qualidade das suas relações sociais com a pessoa doente ou seu status moral, ou mesmo o significado que o paciente dá ao abalo em sua saúde, ao considerar a dor sentida como frescura.

Ao entender que subjetividade individual para González Rey (2003) está constituída em um sujeito ativo, cuja trajetória diferenciada é geradora de sentidos e significações dirigidas ao desenvolvimento de novas configurações subjetivas individuais, se convertem em elementos de sentidos contraditórios com um estado inicial dominante nos espaços em que o sujeito atua. Um sujeito ativo reconhece sua capacidade de construção consciente seus processos atuais de subjetivação por meio de produções de sentido que ao retirarem a maioria de seus caracterizações tem reduzidas as zonas nas quais poderá dar vazão aos seu sentidos subjetivos dessa forma interrompe a ação e torna a pessoa em doente, um ser assujeitado.

Ser assujeitado que a cuidadora empenha-se em não ser tem uma atitude reflexiva sobre seus atos, e busca um maior conforto para a sua impotência e fragilidade frente a dor do outro que resulta numa dor nela mesma, e preferi se afastar e se cuidar, aplica assim a concepção de sujeito concreto, que mostra em sua condição atual a síntese de sua história social, não como aculturação, mas como expressão de uma nova condição. Dentro das quais o sujeito estava à mercê de racionalidades situadas fora dele e que exigem sua submissão incondicional. A ação do próprio sujeito resgata o mundo interno do sujeito subjetivado com capacidade de opção, de ruptura e de ação criativa, e assim sua ação atual e seus efeitos são constituintes de sua própria subjetividade, e não causas que a aparecem como elementos externos da ação.

Na maioria das sociedades as pessoas sofrem desconforto físico ou emocional, decidir descansar ou tomar um remédio caseiro, pedir ajuda a um amigo, parente ou vizinho, consultar um sacerdote local, curandeiro ou uma pessoa “sábia” ou então, consultar um médico. Quanto maior e mais complexa a sociedade na qual uma pessoa vive, maior é a probabilidade de que essas opções terapêuticas estejam disponíveis.

E no caso abordado no presente estudo a cuidadora e sua família disponibilizaram os tipos de tratamentos alopáticos, convencionais e espiritual dentro de sua religião e seu alcance, ao buscar informações e grupos de apoio, mas hoje a cuidadora acredita não ter agido corretamente ao fornecer uma orientação, que para ela hoje é equivocada sobre a psicologia, busca auxílio na psicoterapia e continua em sua religião utilizando-se também do jorei, e com uma compreensão de que o que é bom para si mesma pode não ser bom para os outros como sua mãe, segue sua própria filosofia de vida, exercendo plenamente seu sentido subjetivo ao buscar suporte e tratamento para si.

O meu crescimento de afastar, de colocar limites para mim, limite para o outro, também, porque é uma falta de limites você achar que você pode tudo, que você é um super homem, que você é um supre-sumo porque você viu que a coisa acontece quando você está ali forte, como se você tivesse levantado três quilos e que amanhã pudesse levantar de novo, mas aí você fosse aumentando, não é verdadeiro isso.

Um processo de sentido que se configura de elementos de sentido com origens diferentes, entre os quais está a própria teoria que o sujeito assume, sua religião e concepções de mundo, que delimita representações com as quais o sujeito se identifica, desse modo, ao enfrentar a doença de um ente querido, seu sofrimento, por vezes seguido de morte, traz as expressões de todo o conteúdo de sua subjetividade social e individual permeada por um sentido único, singular desse sujeito, a morte de si própria ao cuidar da mãe como se aquele fosse o último dia de vida para sua mãe.

Entre o simbólico e o emocional, sem que um desses momentos seja reduzido ao outro, se define o sentido subjetivo que pode recuar emocionalmente e pode ocorrer o sepultamento do doente antes da morte, a inadequação dessa reação é que pode ocorrer antes mesmo no próprio doente, ele se enterra na atitude de abandono da vida e fica à espera que a morte venha sedá-lo da dor da morte social enquanto a sobrecarga consome a vida do cuidador.

Ao compreender o sujeito da emoção, a emoção é tida como uma condição permanente na definição do sujeito, a linguagem e o pensamento se expressam a partir do estado emocional de quem fala e pensa. Assim o hospital, a doença e o cuidador relacionam-se de forma conflituosa e dialética em que o sujeito é portador de uma emoção comprometida de forma simultânea com sentidos subjetivos de procedências diversas, que se fazem presentes no espaço social dentro do qual se situa o momento atual de relação e de ação, a ausência de sua mãe, o vazio, e incapacidade de encontrar uma amiga, tida como irmã, com câncer em estágio avançado.

(...) me afastou do Hospital de Base foi a história de uma amiga que ela está com 38 anos, ela voltou a ter câncer de mama, o dela deu metástase óssea já, e o medo de encontrá-la porque ela começou a fazer tratamento no Hospital de Base, e eu não estar preparada para encontrar alguém que eu amo, como irmã, dentro de um hospital e que ela ajudou tanto a minha mãe também, ela foi uma das pessoas que mais ajudou minha mãe, em termos espirituais, se doou, mesmo doente, estava com minha mãe sempre que podia.

O acompanhante parece doente e o doente se mostra mais forte se comparado ao acompanhante na necessidade de construir novas alternativas, este acompanhante, pode entrar em conflito com sua identidade, pois as alternativas em certas ocasiões rompem completamente

sua localização tempo-espacial, o que está ligado ao distanciamento de sistemas de sentido histórico enraizados em sua identidade social e pessoal.

O sujeito representa uma opção criativa, geradora de sentidos, que define novos espaços de integração pessoal que, no caso de não serem alcançados, podem transformar-se em um momento de gênese patológica como afirma González Rey (2003). O que se demonstrou na tentativa de apoiar pessoas com câncer no trabalho voluntário e ter sua fé em Deus e na cura negadas, a cuidadora não acredita em cura do câncer mesmo concebendo que deveria acreditar.

É um vínculo afetivo que você vai lá , tudo bem é um trabalho voluntário, e só que você cria afetividade e eu não estava vendo isso como uma coisa positiva, eu estava tentando lidar com uma perda que não era minha, eu estava atribuindo um valor que não era meu, é muito difícil, muito difícil, você segurar a mão e dizer: você vai passar por isso vai ser bom para você, mas você vai ultrapassar esse limite. E você não acreditar naquilo que você fala, eu não acreditava naquilo que eu estava falando, querendo muito acreditar.

A maneira de lidar com a situação dolorosa mostra-se nas opções produzidas pelo sujeito, pois não são, simplesmente, opções cognitivas dentro do sistema mais imediato de contingências de sua ação pessoal, e sim caminhos de sentido que influenciam a própria identidade de quem os assume e geram novos espaços sociais que supõem novas relações e novos sistemas de ações de valores (González Rey 2003).

A cuidadora busca uma consciência não como sinônimo de razão, mas de sinônimo de representação, intencionalidade e reflexividade enquanto processos comprometidos com a ação dela mesma, como afirmam González Rey (2003), assim ao enfrentar ou mesmo se esquivar das conseqüências do adoecimento ou mesmo morte de alguém amado se observa a consciência-inconsciência não de forma dicotômica, mas sim dois momentos diferentes da experiência subjetiva constituídos dentro de uma nova unidade, que são os sentidos subjetivos. A configuração de sentido que está na base de cada ação humana é apreendida de forma total pelo sujeito concreto.

Assim pode-se levantar a categoria de sentido de impacto subjetivo da doença para a cuidadora pesquisada em que se articulam com três indicadores: a religião, o amor e a perda.

Na religião estão englobados a fé em Deus e a frustração de assistir uma morte que não correspondeu ao que acreditava, a morte permeada pelo acolhimento como apresentado no trecho que se segue.

E eu não quis lidar com essa angústia porque eu sei que é muito difícil, porque você acredita em Deus, Deus diz para você: olha você não vai sofrer, vai passar por esse estágio, você vai ter a casa do Senhor, ele vai te acolher. O desespero que minha mãe

estava tendo não era uma coisa de acolhimento eu fiquei muito impressionada com isso, porque ela via coisas, que na igreja Messiânica, elas são verdadeiras, coisas que o Vale do Amanhecer disse para ela que iam acontecer.

Ainda na religião a cuidadora pesquisada agrega a crença que o “jorei” pode auxiliar no tratamento de sua mãe, e por isso se sente responsável pelo cuidado e também pelo fracasso das terapias empreendidas à sua mãe.

E ao mesmo tempo em que a religião auxilia no tratamento terapêutico de sua mãe ela percebeu as suas concepções religiosas também como maneira de explicar e legitimar o sofrimento de sua mãe, no final de sua doença.

Porque dizem que quando você faz essa passagem para o mundo espiritual você revê a sua vida toda, você tem um julgamento, e você vê o que você fez e você continua vendo o que está acontecendo aqui, porque você não se desapega do seu corpo material imediatamente.

Então eu via minha mãe construindo essa história de angústia e sofrimento de não saber para onde ela estava passando

No indicador amor, dentro da mesma categoria sentido de impacto subjetivo da doença, demonstra conforme trechos supracitados a importância atribuída ao amor dado a sua mãe, mas que a mesma parece não ter sabido recebido este amor como algo positivo, portanto o amor prestado a mãe teve um valor de não vida pela percepção da cuidadora, pois para ela pode se obter benefícios do amor doado e recebido desde que aja disposição, vontade para isso. Assim ao cuidar e acompanhar outras pessoas no Hospital, como voluntária se via na mesma situação, fornecendo amor, mas sem acreditar que aquele amor pudesse trazer benefício a quem estava recebendo.

Então com a interação desses dois indicadores, religião e amor, a cuidadora pesquisada relata ser uma pessoa marcada por perdas que são confirmadas em sua fala ao mencionar que todas as pessoas que conhece com câncer tendem a ter seu estado de saúde agravado e muitas vezes chegam à morte.

Todas as pessoas que eu conheço com câncer elas vão, mas sempre na iminência de aquilo pode voltar, e que elas vão ter que lidar com a morte, e isso é uma coisa que para mim... aí eu atribuo valor a minha vida, que é uma vida de perdas, eu estou até fazendo terapia por conta disso (...)

Nessas perdas existe ainda o receio de defrontar-se com o falecimento de amiga, irmã, afirma não estar preparada para mais essa perda, e talvez, não esteja preparada para

acompanhar o sofrimento de alguém querido, de novo, como acompanhou o sofrimento de sua mãe.

Considerações Finais

As fontes da prática profissional são de imensa relevância, pois contribuem para o processo de produção do conhecimento não por uma integração em termos formais ao projeto de pesquisa, mas pela pertinência dos fatos e das idéias gerados em relação às necessidades do processo de conhecimento. Além disso, um processo é significativo nas relações da pesquisa com as fontes de atividades profissional, é a integração subjetiva do pesquisador no processo de pesquisa.

O profissional começa a seguir o curso das idéias e a organizar sua prática com vistas a esse processo de produção de conhecimento, a prática se transforma em pesquisa científica. Uma ciência comprometida, participativa e geradora, que reivindica sua própria condição subjetiva como processo humano.

As pesquisas qualitativas seguem as necessidades e demandas que se criam no processo de conhecimento e levam a construções teóricas cada vez mais abrangentes para construir interações e configurações do assunto estudado e assim extravasa o problema proposto em que a cuidadora não só informa os aspectos sociais como a religião que tentam explicar e dar conforto, a dor de doente e cuidadora, mas também informa a conotação subjetiva de amor que pode ou não se recebido e traduzido em vida.

As concepções relatadas na entrevista não se legitimam de forma unilateral pelo que representam na relação com o objeto estudado assim o que foi percebido e apreendido pela pesquisadora perpassa por sua, própria, subjetividade individual e social e por isso toma uma importância. Isso não representa ser a apreensão total do que foi exposto pela cuidadora pesquisada, mas sim a capacidade de diálogo com o pesquisador que se articula ao longo da pesquisa e se integram a sistemas diferentes de relação com outros dados, como o contato inicial em que própria cuidadora ao saber o tema da pesquisa se predispôs a participar, portanto são momentos de aquisição de múltiplas significações.

A definição de um indicador é o começo de um caminho que pode conduzir tanto à mudança do problema abordado, quanto à configuração de novos instrumentos. Um dos momentos mais criativos e delicados da pesquisa é o desenvolvimento dos indicadores.

Os indicadores produzidos com finalidade, explicativa, facilitam a interação entre as idéias do pesquisador e as manifestações do estudado, por meio do qual avança em direção a

construções mais abrangentes do processo de produção de conhecimento, de caráter temporário.

Só o desenvolvimento de conceitos, como categorias e indicadores, permitem integrar, em uma construção teórica processual, fatos e situações que, de outra forma, não seriam aproveitados para a construção teórica.

A categoria que os indicadores possibilitaram formular representou uma construção de que facilitou na conceituação dos diálogos, uma vez que constitui uma construção teórica que permite situá-los no espaço de sentido subjetivo de quem os expressa e que vai permanecer em contato com os mencionados indicadores ao longo do tempo.

Um mundo em que um número cada vez maior de pessoas sofre doenças crônicas físicas e mentais, isso exige uma mudança significativa no paradigma médico, afirma Helman (2003), afastando-se dos tratamentos agudos e mais dramáticos em direção a um gerenciamento em longo prazo, mais holístico, da cura para o cuidado.

Por isso o hospital pode se tornar fonte de morte não de vida. Algumas das premissas básicas da perspectiva do médico são: racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica, ênfase em dado psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das doenças como entidades, reducionismo, ênfase no indivíduo paciente, não na família ou na comunidade (*id, ibidem*).

A medicina, para Helman (2003), está baseada na racionalidade científica, todos os pressupostos e as hipóteses devem ser passíveis de testagem e de verificação segundo condições objetivas, empíricas e controladas. Os fenômenos relacionados à saúde e à doença só se tornam reais quando podem ser observados e medidos objetivamente segundo tais condições. A dor para o médico era suplantada pelo intrigante tumor no fígado para o médico.

Privilégio das relações sobre a individualidade as relações ou eventos convergem orientadas para as pessoas, relações humanas e família e daí que se extrai o fator mais relevante da qualidade de vida, da qualidade advinda das relações familiares.

O sujeito perde a capacidade de contato com o real, toda vez que este contato está mediado pela ordem simbólica assim a qualidade negativa que encobre a constituição do câncer funciona como uma venda que bloqueia a percepção dos modos alternativos e criativos de reagir frente a doença. González Rey (2003) considera que o sujeito concreto tem capacidade de questionar esta ordem e atuar como constituinte dela, mediante seus complexos processos de subjetivação e suas ações.

Anexos

Anexo I

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem livre escolha de participar dessa pesquisa por meio da entrevista feita pela pesquisadora, a qualquer momento e a qualquer tempo você poderá desistir e todo o material que estiver em poder da pesquisadora será automaticamente destruído.

Não será cobrado nenhum tipo de honorário da pessoa pesquisada assim como qualquer forma de remuneração será devida ao pesquisado.

A pesquisadora está ao seu dispor caso ocorra algum tipo de necessidade de suporte psicológico.

O objetivo dessa pesquisa é auxiliar na compreensão e apoio ao acompanhante do doente crônico de câncer, o cuidador. Assim é desejado utilizar a entrevista para orientar a conversa com a finalidade de ampliar e aprofundar a comunicação além de compreender como tais vivências acontecem em sua vida.

As informações coletadas serão usadas em comunicações científicas e a divulgação será em ambientes acadêmicos mantendo-se sempre o sigilo de sua identidade.

A participação, portanto, é voluntária só assine esse consentimento se estiver claro os procedimentos a que será submetido e suas consequências.

Pesquisado

Pesquisadora

Anexo II

Entrevista aberta

Na verdade tinha um distanciamento muito grande com o tema câncer pra mim era uma coisa que só acontecia com o vizinho e que nunca pudesse acontecer dentro de casa.

Então quando minha mãe descobriu que tinha primeiro câncer, que ela teve uma reincidência, não do mesmo, num outro lugar completamente diferente. Ela não contou para família. Ela enfrentou uma luta de um ano e meio sozinha, ela e o meu pai, mais ela do que o meu pai. Meu pai só a deixava no tratamento. Ela pediu sigilo absoluto da médica que a estava tratando e ela consentiu, a única pessoa que sabia realmente era o meu pai. Eles tinham um acordo lá, pra ela deve ter sido muito difícil acompanhar, fazer esse tratamento, fazer quimioterapia, fazer radioterapia, e braquiterapia. Ela se curou sem precisar extirpar o câncer. Graças à Deus foram mais alguns anos.

Um belo dia ela estava em casa e se descobriu toda verdinha, foi ao médico e viu que estava com uma obstrução entre o fígado... enfim alguma coisa assim eu não me lembro exatamente o que era, e minha irmã me ligou avisando isso e foi aí que a gente teve contato com esse câncer, segundo, dela. E foi ao contrário do primeiro que eu fiquei completamente distanciada e eu tinha uma vinculação da igreja Messiânica, do primeiro, eu fui várias vezes ministrar jorei na minha mãe achei que isso tivesse ajudado bastante por que ela tinha essa aceitação. Mais uma vez eu me propus a fazer um tratamento, com ela, espiritual, a base do jorei.

Só que eu fui muito mais além porque eu fui tentar descobrir o que era o câncer, eu fui tentar descobrir as relações das pessoas que tem câncer, grupos de apoio, quais os cuidados que as pessoas devem ter, quais são os cuidados que a família deve ter com paciente, quais os cuidados que o paciente deve ter com ele mesmo.

E assim foi num caminhar, e na medida que a gente ia tentando se conscientizar, eu principalmente, eu tentava, conscientizar a família, principalmente, meu pai que sempre teve uma relação muito difícil com isso. Porque a perda da minha mãe para ele seria como se ele tivesse perdido um braço, mais um braço, porque um já não funcionava. E a minha afinidade com a minha mãe era muito grande porque eu descobri minha mãe depois de velha, eu velha, mais adulta, foi quando eu comecei a ter uma afinidade maior com ela, foi quando a gente se tornou mais amigas e isso me aproximou muito porque a perda daquele ser, daquele objeto de amor, que eu tinha foi para mim coisa que não ia passar pela minha cabeça, causou muito sofrimento, muita angústia, eu que eu achei que deveria retribuir isso a ela, emocionalmente, me dedicando a ela 24 h do meu dia, se fosse possível e eu fiz isso.

Só que chegou um momento que eu não dava conta nem de mim, nem dela, nem de ninguém. Eu tive de me afastar de tudo isso para me reorganizar, para poder continuar cuidando dela. E continuei, tentando, entender como é que o câncer de pâncreas, que os do você descobre muito tardiamente e ele quase não tem cura quando você descobre já está sempre em estágio avançado pela localização do pâncreas que é por trás de todo aparelho digestivo. E as dores são muito parecidas com qualquer dor: náuseas todo mundo tem, dor de cabeça todo mundo tem, aquela inapetência todo mundo tem, então você nunca vai associar a um câncer.

E minha mãe depois que a gente começou a cuidar dela, não foi só eu, fomos todos, ela começou a se fechar nela, ela estava tentando buscar uma saída dentro dela.

E eu com essa idiotice que eu estava estudando psicologia de que a pessoa, isso é uma visão que eu tenho hoje, não tinha na época. de que a pessoa tem que aceitar, e tem que nomear a doença para poder combatê-la, porque se você não nomeia você não sabe com o que está lidando, eu fui numa tentativa de fazer com que ela construísse um caminho da doença para ela, de que ela tentasse dar um significado.

Hoje em dia eu não sei se faria isso, hoje em dia eu não sei se ela não teria vivido mais se ela não tivesse nomeado, porque ela é uma pessoa que tinha, que teve, muita dificuldade em lidar com a doença, o quadro da vida dela todo foi de doença: era problema de coluna, ela teve hepatite, então ela tinha uma série de casos infecciosos que aconteciam sempre.

E ela sempre se achou uma mãe muito fracassada, ela nunca conseguiu associar os filhos a um sucesso, o casamento a um sucesso, sempre foi muito ligada a essa coisa do fracasso. E eu numa tentativa de reconstruir essa auto-estima dela falei: a sra não tem nada a ver com os filhos que a senhora teve, cada um escolheu, é uma questão de escolha, cada filho tem a vida que escolheu para ter, como a senhora direcionou da melhor forma possível. E sempre fazendo uma associação com a doença. A doença não tem nada a ver com os seus fracassos, a doença não tem nada a ver com esse insucesso, a doença tem a ver com a senhora, com o amor que a senhora tem pela senhora, o amor que sra pode dar aos outros e sempre tentando reconstruir.

Isso foi uma coisa muito difícil quando foi um ano e meio desde a descoberta, muito complicado.

Porque primeiro quando ela fez a primeira cirurgia, que o médico disse, nós vamos tentar tirar, explicou tudo direito. Muito complicado porque era na cabeça do pâncreas estava localizado o que deu na tomografia era uma coisa muito menor do que a amplitude de quando se abriu. Que ela voltou para o quarto e ele não conseguiu fazer o que ele queria ao me encontrar, eu perguntei a ele, não sei nem porque eu quis saber, não devia ter sabido, eu perguntei: e daí, quais são os procedimentos de agora em diante, ele falou: se sua mãe reagir ao tratamento ela

terá de quatro meses a um ano de vida. Isso me matou, me matou, porque eu tratava da minha mãe sabendo que eu podia perdê-la a qualquer momento.

E é assim que eu lido com o paciente, eu fiz isso lá no Hospital de Base, eu fiz na tentativa de poder dar amor a cada dia como se aquele dia fosse o último, mas eu não consegui dissociar a idéia de que o câncer é uma doença que não tem cura.

Eu tratava os paciente com o maior amor, com o maior carinho, mas sempre projetando a imagem da minha mãe. E uma das coisas que me afastou do Hospital de Base foi a história de uma amiga que ela está com 38 anos, ela voltou a ter câncer de mama, o dela deu metástase óssea já, e o medo de encontrá-la porque ela começou a fazer tratamento no Hospital de Base, e eu não estar preparada para encontrar alguém que eu amo, como irmã, dentro de um hospital e que ela ajudou tanto a minha mãe também, ela foi uma das pessoas que mais ajudou minha mãe, em termos espirituais, se doou, mesmo doente, estava com minha mãe sempre que podia.

Enfim foi um caminho difícil e isso me afastou do Hospital de Base, isso me afastou das pessoas que precisavam, isso me afastou a medida que as pessoas estavam morrendo e eu não sabia lidar com a morte, naquele momento, isso me afastou.

E toda vez que eu penso nisso, eu penso na minha mãe, no que eu poderia ter feito diferente com ela, será que o que eu fiz foi suficiente, será que o que eu fiz não foi empurrá-la para uma morte? Não sei, são questionamentos que eu faço hoje em dia.

E tudo que ela passou mal, porque ela passava muito mal por conta do tratamento, e ela já estava muito adoecida e o médico não conseguia chegar até esse adoecimento dela, já estava vomitando sangue e o médico se preocupando somente com o tumor do pâncreas, somente com a metástase que tinha dado no fígado, que tinha estacionado e eles não sabiam explicar aquilo.

Para eles era incógnita como é que um tumor pode estar no fígado e estar morto e eles não podiam mexer no fígado, porque o fígado é um órgão que se você mexe ele espalhe pelo corpo inteiro. Então a gente tinha essa coisa e era uma coisa muito complicada, sabe? Era dor, era mor, era sofrimento, era alegria, e aí aquelas atividades da faculdade de tentar reconstituir a árvore genealógica da família, avô, avó, mãe, pai.

Até hoje eu tenho essa árvore montada na casa da minha mãe, ela está lá com o lugarzinho dela, as fotos estão espalhadas pela casa inteira que mantê-la, não mantê-la viva, mas manter essa imagem boa de quando ela... a gente estava tentando reconstruir um caminho para ela. E ela ficou feliz porque ela via fotos, ela via a juventude que ela deixou para trás. Ela viu que ela deixou a família, a vida dela, ela se casou, teve quatro filhos, ela viveu o que ela queria e deixou de viver muita coisa que ela queria.

Então essas atividades para mim foram bem produtivas só que eu não consigo fazer... estou falando isso para você, mas é como se fosse um discurso vazio eu não sei se eu teria condições de fazer isso novamente, não com ela, mas com qualquer pessoa, porque eu sei, eu atribuo ao câncer uma coisa que não tem cura, um valor de não cura.

Eu atribuo que a cura está dentro da gente então eu não tenho poder de curar qualquer pessoa, como pessoa, eu tenho poder de dar amor a pessoa que pode ou não aceitar esse amor. E esse amor pode ou não ajudá-la numa reconstrução, pode ou não colocá-la no caminho da morte, não sei vai depender do valor que vai atribuir a isso.

Eu acho que foi isso que minha mãe tentou fazer, ela tentou atribuir um valor, e ela atribuiu um valor de não vida, atribuiu um valor de fracasso. E cuidar de um paciente com câncer é muito mais difícil que trocar fraldas de um bebê, você troca fralda de um bebê, você faz o quê? Você sabe que aquilo ali você vai jogar fora que ele vai crescer e que vai continuar fazer cocô, não é? Enfim ele mesmo vai caminhar, e o paciente com câncer, você sabe que aquilo ali é uma coisa progressiva, que você vai trocar e você não vai saber o que vai ser no dia seguinte. E cuidar da minha mãe foi difícil, de vez enquanto ela dormia aqui no quarto do lado, de vez enquanto eu ainda ouço a minha mãe, ela está aqui, olha... ela está aqui dentro.

E ela sofria muito aqui, meu pai de um lado enchendo o saco dela, e ela sofrendo, sofrendo, só depois eu fui ler que a dor do câncer de pâncreas é uma das piores dores que o paciente pode ter, e é uma dor que a gente nomeava como frescura, era uma falta de vontade de vida, e a gente não tinha o alcance dessa dor que ela estava sentindo, e aí foi isso que me afastou do Hospital de Base, eu não tinha a dimensão do que aquelas mulheres estavam passando, do que aquelas pessoas estavam passando, do envolvimento, do laço e do vínculo que a gente cria com aquelas pessoas. É um vínculo afetivo que você vai lá, tudo bem é um trabalho voluntário, e só que você cria afetividade e eu não estava vendo isso como uma coisa positiva, eu estava tentando lidar com uma perda que não era minha, eu estava atribuindo um valor que não era meu, é muito difícil, muito difícil, você segurar a mão e dizer: você vai passar por isso vai ser bom para você, mas você vai ultrapassar esse limite. E você não acreditar naquilo que você fala, eu não acreditava naquilo que eu estava falando, querendo muito acreditar.

O final da minha mãe foi muito difícil foi muito um final muito fora dela mesma, ela já estava tomando doses de morfina muito forte, e aí eu trago o lado da espiritualidade porque como eu acredito nisso, eu acredito que ela já estava fazendo a passagem, e ela realmente teve um contato extraterritorial mesmo, metafísico mesmo, sabe? Aquela coisa que ela estava do outro lado, ela via o que ela não queria ver do outro lado e ela tinha muita angústia.

Eu ficava pensando nisso nas pessoas que estavam no Hospital de Base, por que todas elas tem um vinculação, todas as pessoas que eu atendi eram evangélicas, ou eram alguma coisa (atendi não, acompanhei) ou tinham alguma vinculação religiosa, todas elas acreditavam em Deus.

E eu não quis lidar com essa angústia porque eu sei que é muito difícil, porque você acredita em Deus, Deus diz para você: olha você não vai sofrer, vai passar por esse estágio, você vai ter a casa do Senhor, ele vai te acolher. O desespero que minha mãe estava tendo não era uma coisa de acolhimento eu fiquei muito impressionada com isso, porque ela via coisas, que na igreja Messiânica, elas são verdadeiras, coisas que o Vale do Amanhecer disse para ela que iam acontecer. Porque dizem que quando você faz essa passagem para o mundo espiritual você revê a sua vida toda, você tem um julgamento, e você vê o que você fez e você continua vendo o que está acontecendo aqui, porque você não se desapega do seu corpo material imediatamente.

Então eu via minha mãe construindo essa história de angústia e sofrimento de não saber para onde ela estava passando e foi um outro atributo que me fez sair do Hospital de Base porque lidar com o sofrimento, porque eu não sei qual é a história de vida do sujeito, a gente tem um contato muito pequeno com essas pessoas, a gente constrói muito pouco junto com elas, por que elas chegam num estágio em que ou elas estão se operando e voltam para casa, ou só voltam anos depois para já ir para outra casa. Enfim foi isso que eu vi, um pouquinho, só do Hospital de Base.

Todas as pessoas que eu conheço com câncer elas vão, mas sempre na iminência de aquilo pode voltar, e que elas vão ter que lidar com a morte, e isso é uma coisa que para mim... aí eu atribuo valor a minha vida, que é uma vida de perdas, eu estou até fazendo terapia por conta disso, porque minha mãe deixou um buraco muito grande, deixou aqui, está aqui (**mostra o peito nos dois momentos anteriores**) e está enorme. Eu atribuo, fico tentando dar significado as coisas à partir da vida dela e não da minha própria vida, então está tudo errado, eu tenho que dar à partir da minha vida. E lidar com o câncer hoje não é uma opção minha, não é. É difícil lidar com o paciente com câncer porque você ama e você vai se afastar dele um dia seja por opção dele, seja por opção divina, seja por opção sua, e lidar com perda não é uma coisa que...

Me fez crescer até mesmo para me afastar dessa opção de lidar com a perda que não é minha.

Quando você fala que te fez crescer, você vê o crescimento em que, como?

O meu crescimento de afastar, de colocar limites para mim, limite para o outro, também, porque é uma falta de limites você achar que você pode tudo, que você é um super homem, que você é um supre-sumo porque você viu que a coisa acontece quando você está ali forte, como se

você tivesse levantado três quilos e que amanhã pudesse levantar de novo, mas aí você fosse aumentando, não é verdadeiro isso. Em algum momento se aquilo ali faz parte da sua história ela vai mexer com você e você tem que saber separar o que é seu e o que é do outro, eu não estava conseguindo separar.

Eu estava trazendo todas as pessoas do Hospital de Base para dentro da minha vida, e isso me fez muito mal, então foi esse o crescimento, eu não posso dar ao outro aquilo que não tenho, então esse é um reconhecimento das minhas limitações, foi nesse ponto que eu cresci, estabelecer limites para o meu sofrimento e para o sofrimento do outro também, porque é uma coisa que eu não posso acolher, eu vou acolher entre aspas só porque eu tenho um voluntariado uma hora por dia, associado a um estágio, então foi esse o significado que eu comecei, mas eu fui vendo que não é isso que você se envolve e o meu envolvimento era muito maior do que eu estava percebendo.

Porque eu estava trazendo essas pessoas para dentro de casa, e essas pessoas estavam me trazendo angústias, angústias de vida, e aí por isso que eu falo do meu crescimento foi entender o meu limite termina onde começa o limite do outro, o que é bom para mim não é bom para você, o que era bom para mim não foi bom para minha mãe, e eu acreditava que era, não sei quanto ela sofreu. Depois a gente conversou com outras pessoas, depois que minha mãe morreu, foram pessoas que ajudaram num tratamento espiritual da Igreja Messiânica todas elas falaram: toda vez que sua mãe conversava com a gente ela chorava muito ela falava coisas que vocês nem tem idéia e que não me cabe falar agora.

E é verdadeiro porque o paciente não fala para família o que está sofrendo, ele tenta poupar isso. E aí viver o sofrimento daquele cara que está deitado numa cama que não é seu parente e sofrer junto com ele me deu um motivo...

Porra! Porque que eu não sofri com minha mãe, porque que eu tentei dizer para ela que estava tudo bem, que ela ia sair daquilo? Sabendo que não estava saindo daquilo, é isso, nesse sentido que eu cresci. Foi só esse o crescimento, o crescimento de lidar com a dor do outro é saber com sua própria dor.

Bibliografia

- DÓRO *et cols*, (2004) *O câncer e sua representação simbólica*. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (2), 102-124. Conselho federal de Psicologia.
- GOFFMAN, E. (1998) *estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: 4ª ed. LTC.
- GONZÁLEZ REY, F. L., (2002) *Pesquisa qualitativa em psicologia – caminhos e desafios*. São Paulo: 1ª ed. Thomson Pioneira.
- _____. 2003. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: 1ª ed. Thomson Pioneira.
- HELMAN, C. G., (2003) *cultura saúde e doença*. Porto Alegre: 4ª ed. Artes Médicas.
- MINAYO, M. C. S., (1998). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: 5ed, Hucitec-abrasco.
- FLECK, M. P. A. (org.) *Grupo de Estudos em Qualidade de Vida*. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 14 fev. 2005: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoq11.html#1>
- http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=83